Robert P. Liberman

INICIACIÓN AL ANÁLISIS Y TERAPÉUTICA DE LA CONDUCTA

Barcelona, 1978

Conducta humana, n.º 17

colección dirigida por

RAMÓN BAYÉS
JUAN MASANA
JOSÉ TORO

Traducido al castellano por
María José del Río,
del original inglés
A GUIDE TO BEHAVIORAL ANALYSIS AND THERAPY,
publicado por
Pergamon Press Inc.
Nueva York, U.S.A.

© *Pergamon Press Inc., 1972*

(c) de la presente edición de
EDITORIAL FONTANELLA, S. A.
Escorial, 50, Barcelona (12), 1973.

Primera edición: enero 1974
Segunda edición: febrero 1976
Tercera edición: octubre 1978

Printed in Spain — Impreso en España
por Cronograf, Constitución, 19.
Barcelona.

Depósito legal: B. 29.087-1978.
ISBN: 84-244-0452-1.

A Gertrude y Harry que saben cómo reforzar conducta con amor.

Prólogo

El campo de la psiquiatría se encuentra actualmente en estado de transición. Hasta el momento ha sido una disciplina encerrada dentro de un marco teórico imperfecto, y limitada a un número limitado de terapéuticas posibles. Hoy en día soplan vientos nuevos y refrescantes a través de nuestras mohosas mesas de estudio, clínicas y divanes. Ya se vislumbra el esbozo de una nueva profesión, revitalizada, que surge de entre nubes de polvo levantado por vigorosos arados en un cierto número de nuevos y prometedores campos. Uno de los más activos, que cuenta con buen terreno y cosechas rápidas, es el campo de la terapéutica de la conducta.

El término "terapéutica de la conducta" no es demasiado atractivo. Recuerda el condicionamiento operante, más evocador de experimentos sobre aprendizaje animal que de una posible ayuda a personas con problemas. Quizás este enfoque general se llegue a llamar con el tiempo, desde un punto de vista psicoterapéutico, reeducación afectiva programada, aunque lo dudo. Lo que en realidad importa es que hemos encontrado un número de datos, cada vez más numerosos, que corroboran la efectividad de un método muy consistente en las diversas clínicas y laboratorios.

Ahora, y gracias a los esfuerzos del doctor Liberman, contamos con un manual de instrucciones bien organizado, lúcido y práctico, para uso del futuro terapeuta de la conducta, independientemente de su campo de procedencia.

Hasta ahora la psiquiatría no se ha distinguido precisamente por su capacidad de llevar hacia adelante ideas nuevas destinadas a socorrer a gran número de personas. Los psiquiatras toman muchas precauciones antes de adoptar un tratamiento nuevo —con mucha razón en la mayoría de los casos—, pero esto ha sido la causa durante más de un siglo de que se produzcan retrasos en la adopción de procedimientos innovadores. Desde que Pinel quitó las cadenas a los pacientes de Bicêtre, en París en 1792, apenas se han producido avances de importancia en el tratamiento de la enfermedad mental. La psiquiatría ha tenido que

contentarse con tratamientos y procedimientos de diagnóstico en gran parte tradicionales. Entre los escasos procedimientos realmente útiles, desarrollados en los últimos 75 años, se cuentan el psicoanálisis, los tratamientos de shock, los tranquilizantes y la psicoterapia de grupo. Es muy reciente la creación de un movimiento que se aleja de las formas tradicionales de enfocar la enfermedad mental y de la práctica aceptada de tratar al enfermo mental en régimen de custodia y en lugares aislados del resto de la comunidad.

La terapéutica de la conducta, desarrollada en primera instancia exclusivamente por psicólogos, y cuyas raíces surgen de las teorías pavloviana y del aprendizaje operante, hizo su primera aparición en la escena de la salud mental en 1924, cuando Mary Cover Jones ideó su método de "contracondicionamiento". Este método, como el Coveísmo, gozó de una breve popularidad y después desapareció de la escena psicoterapéutica a todos los efectos. Treinta años más tarde creaba Joseph Wolpe su método de "desensibilización", en la misma línea del anterior. Entre tanto, B. F. Skinner y sus colegas de Harvard habían ya empezado (al final de los años 40) a aplicar la teoría del aprendizaje a la psicoterapia. Durante las dos décadas siguientes se trabajó mucho en Harvard bajo la dirección de Skinner y sus discípulos, uno de los cuales (Odgen Lindsey) fue el primero en utilizar métodos operantes en psicóticos agudos y con una larga historia de hospitalización. Más recientes son los trabajos de O. I. Lovaas y J. Q. Simmons, quienes, en el Instituto Neuropsiquiátrico de UCLA,[1] han aplicado los principios del condicionamiento operante al desarrollo del lenguaje y otras conductas adaptativas en niños autistas.

La modificación de la conducta en la práctica clínica ha dado lugar a una serie de controversias teóricas que todavía son la causa de furiosas polémicas entre sus adeptos y contradictores. El papel que juega la sugestión en la efectividad del tratamiento todavía no se ha determinado claramente. Tampoco se sabe de qué forma es posible que un tratamiento basado en el alivio de los síntomas más que en la eliminación de las causas del trastorno, puede ser efectivo después que el tratamiento se ha interrumpido durante un largo período de tiempo.

Sin embargo, las personas dedicadas a las artes curativas siempre han luchado por remediar los síntomas, aun cuando las causas básicas no pudieran ser ni conocidas ni modificadas. Los tabúes contra las técnicas basadas en el tratamiento de síntomas han impedido a los psiquiatras, durante mucho tiempo, aceptar métodos nuevos de tratamiento. Una de las virtudes del libro del Dr. Liberman es que no intenta dar una respuesta definitiva a ninguna de estas cuestiones. Explica, simple y claramente, lo que significa la modificación de la conducta y cómo puede aplicarse en cuanto técnica.

1. *N. del T.* — Universidad de California, Los Ángeles.

El Dr. Liberman nos ha proporcionado un manual práctico para la aplicación de las técnicas de modificación de conducta, presentado ingeniosamente en forma de instrucción programada. Es de esperar que proporcionará a las personas que trabajan en el campo de la salud, sin ser psiquiatras ni psicólogos, un método con el que, bajo la supervisión adecuada, serán capaces de remediar síntomas de conducta desadaptada de forma breve y menos cara. Al mismo tiempo, este libro será bien recibido por los psiquiatras y psicólogos, porque indica el camino para que ellos y sus colaboradores comprendan y utilicen la modificación de la conducta como una técnica clínicamente útil.

LOUIS JOLYON WEST, M.D.

Universidad de California
Los Angeles, California

Sobre el autor

Robert Paul Liberman, Doctor en Medicina, se graduó en Johns Hopkins y se especializó en psiquiatría en el Massachusetts Mental Health Center. Ocupó cargos como investigador y profesor en la escuela de Medicina de Harvard y en la escuela de Psiquiatría de Washington antes de trasladarse a California, en 1970. Actualmente el Dr. Liberman se dedica, de forma muy diversificada, al campo de la terapéutica de la conducta. Es psiquiatra-investigador en el Departamento de Higiene Mental de California. Es director de la Unidad de Investigación Clínica y jefe de laboratorio de Modificación de Conducta en el Centro de Estudios de Trastornos de la Conducta en el Hospital estatal de Camarillo, California. Está llevando a cabo un programa de investigación aplicada de cinco años de duración, que pretende introducir el diagnóstico y terapéutica de la conducta dentro del contexto de un centro típico de salud mental (Ventura County, California). El Dr. Liberman también es Clinician Assistant Professor de Psiquiatría en UCLA,* en la Facultad de Medicina, donde se ocupa activamente de enseñar a los residentes de psiquiatría y otros profesionales de la salud mental, terapia de grupo y terapéutica de la conducta.

* Universidad de California, Los Angeles.

Introducción

La terapéutica de la conducta constituye una revelación nueva y muy interesante dentro del universo de la salud mental. Pero, ¿en qué consiste y qué aporta la terapéutica de la conducta? Este libro está pensado para aquellas personas que desean informarse por sí mismas sobre este cada vez más extenso campo de la terapéutica de la conducta, comprender los principios básicos del aprendizaje que le sirven de base y familiarizarse con algunas de sus aplicaciones clínicas.

Las publicaciones sobre terapéutica de la conducta son muy numerosas y crecen a un ritmo muy representativo. Sin embargo, la mayoría de las personas, tanto profesionales como profanos, no tienen el tiempo ni la energía necesarios para recorrerse los numerosos artículos y libros que tratan sobre el tema. He escrito este libro para que las personas interesadas en ello puedan obtener una introducción comprensiva y rápida de lo que es la terapéutica de la conducta. El lector podrá terminar el libro en tres horas y se le pedirá que lea partes enteras del libro de una sola vez. Es el tipo de libro que puede dejarse en la cabecera de la cama o en el baño, y leerlo de forma periódica.

Las personas que pueden hacer uso de este libro son:

1. Clínicos profesionales de la salud mental, tales como psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, ayudantes y terapeutas recreativos y ocupacionales que deseen una presentación rápida del tema y algunas sugerencias sobre la manera de aprender más sobre terapéutica de la conducta en el futuro.
2. Psicoterapeutas que sientan la inquietud de incorporar algunas técnicas nuevas y eficaces a sus repertorios.
3. Profesores y consejeros escolares que deseen aprender algo más sobre conductismo a fin de mejorar el control en las clases y el rendimiento académico.
4. Profanos en la materia que han oído algo al respecto y desean aprender algo más.
5. Individuos que tienen problemas específicos de conducta ellos mismos o los encuentran en sus hijos y están buscando nuevas formas de enfrentarse a dichos problemas.

La intención primordial de este libro es proporcionar al lector una comprensión intelectual de la terapéutica de la conducta y estimularle para que aprenda a emplear las técnicas mediante un entrenamiento más intensivo. Desde este punto de vista el libro más bien dice "de qué se trata" que "cómo hacerlo". Algunos lectores, particularmente los clínicos más atrevidos, puede que obtengan, a partir del libro, la información suficiente para empezar a experimentar métodos por sí mismos. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a aquellos que deseen hacer de la terapéutica de la conducta un juicio imparcial, que se sometan antes a supervisión y se preparen más profundamente.

Este libro se ocupa de amplios aspectos de la conducta humana, desde los problemas del paciente hospitalizado, la persona que sigue una vida normal, pero que sin embargo sufre neurosis con ansiedad o depresión, y el delincuente juvenil, hasta el niño hiperactivo o retrasado. Existen muchos tipos de conductas desviadas que han sido tratadas, con éxito, por los psicoterapeutas de la conducta, pero que no se han podido incluir en este breve libro y el lector interesado habrá de remitirse a la Bibliografía, incluida al final de este libro, si desea información adicional. Sin embargo, los problemas de conducta escogidos para este libro representan las aplicaciones más importantes que hasta la fecha se han hecho de la terapéutica de la conducta.

La primera parte de este libro presenta al lector los principios básicos del aprendizaje, a partir de los cuales se han desarrollado las técnicas de la terapéutica de la conducta. He intentado no sobrecargar al lector con una presentación pedante o académica, centrándome, por el contrario, en historias prácticas y concretas para ilustrar los principios básicos. El lector podrá utilizar lo que haya asimilado sobre los principios básicos cuando, en la parte segunda del libro, encuentre de qué forma se aplica la terapéutica de la conducta.

En diversos lugares del texto se formula al lector una pregunta y se le da la oportunidad de responder, empleando la información que ha obtenido. También se le dice si su respuesta es correcta o no, con una aclaración adicional del tema implicado. Se ha utilizado este formato "semiprogramado", porque le da al lector la oportunidad de experimentar su propia conducta bajo la influencia de los principios del aprendizaje. El "*feedback*" que el lector recibe cuando marca su respuesta debe proporcionarle un cierto sentimiento de lo que es el "refuerzo", uno de los principios fundamentales que gobiernan la conducta. Según el lector vaya avanzando a través del libro, aumentará gradualmente su comprensión acerca de lo que sea la terapéutica de la conducta, experimentando por tanto otro principio del comportamiento llamado "modelado".

He tardado tres años en escribir este libro; decidí escribirlo cuando, por vez primera, me vi enfrentado personalmente con la terapéutica de

la conducta, siendo un residente en psiquiatría. No hay forma más directa ni simple para lograr una introducción rápida al tema. Espero y deseo que mi esfuerzo por presentar la terapéutica de la conducta ante un número amplio de profesionales de la salud mental, curiosos pero muy ocupados, alcance su objetivo de conducta. Doy la bienvenida a cualquier reacción ante el libro y espero ponerlo al día periódicamente.

ROBERT P. LIBERMAN, Doctor en Medicina

Nota

Este libro se ha escrito para que aquellas personas que lo deseen puedan internarse por sí mismas en el campo de la terapéutica de la conducta, de forma breve y comprensiva. A lo largo de estas páginas se le formularán algunas preguntas, a las que usted debe contestar eligiendo la mejor respuesta, y a continuación deberá dirigirse a la página indicada para comprobar si su respuesta era o no correcta. El libro le guiará a través de los temas, proporcionándole *"feedback"* según usted vaya acumulando conocimientos acerca de la terapéutica de la conducta. Este proceso de retroalimentación es la base de gran parte de la terapéutica de la conducta, de forma que los pacientes logran unas reacciones que reflejan sus progresos. De este modo, leer este libro será para usted una experiencia muy aproximada y de primera mano sobre lo que es la terapéutica de la conducta.

Al omitir las páginas que indican que se ha dado una respuesta equivocada, no se pierde ninguna información esencial. Sin embargo, encontrará usted más claros ciertos temas si hojea las páginas que proporcionan *"feedback"* a las respuestas erróneas. Si se le plantean algunas dudas en ciertos puntos claves, es muy posible que sea aconsejable la lectura de todas las respuestas posibles a ciertas preguntas y sus comentarios, pero sólo después de que haya usted intentado seleccionar la respuesta correcta.

En algunas ocasiones hallará usted cierta información en las páginas izquierdas de este libro (páginas pares). Este material es complementario, muy útil e interesante y está destinado a ampliar los temas que se presentan en las páginas de la derecha (páginas impares).

Todos los ejemplos empleados en este libro constituyen casos reales, bien tratados directamente por el autor, bien tomados de las publicaciones especializadas. Los nombres y las características identificadoras han sido modificados a fin de asegurar el anonimato.

Las opiniones o conclusiones expresadas en este libro pertenecen al autor y en ningún caso deben considerarse oficiales o reflejo necesario de la política interna del California Department of Mental Hygiene

PRIMERA PARTE

Principios básicos de la conducta

1. Cómo pensar en términos de conducta acerca de los problemas psiquiátricos

La terapéutica de la conducta empieza conociendo al paciente, en tanto que persona, a través de una historia clínica detallada y específica y una entrevista en la que se trata del problema actual. La primera tarea del terapeuta consiste en identificar el problema como una serie de actos, para transcribir la psicopatología en unidades precisas y observables de conducta. La conducta puede consistir en movimientos del cuerpo, expresiones faciales, lenguaje escrito o hablado y respuestas fisiológicas.

Una unidad de conducta puede abarcar muchos actos sucesivos, por ejemplo: "Tony golpea su cabeza contra el suelo, sale al exterior de la casa, se quita la ropa y llama a gritos a su madre a través de la ventana". No es de ninguna utilidad especificar el problema de Tony diciendo: "Tony hace una pataleta". Lo que diferencia a las unidades de conducta es que pueden ser observadas, registradas y descritas, de forma objetiva y fiable por personas diferentes. En el enfoque conductista, un observador mira y escucha la conducta humana sin hacer suposiciones e inferencias sobre sus motivaciones "internas" u ocultas.

¿Cuál de las siguientes frases describe un problema clínico en unidades de conducta básicas?

La señora Jones ha tenido agarofobia durante cinco años ..... pase a la página 5.

La señora Jones es incapaz de alejarse más de una manzana de su casa, a menos que la acompañe algún familiar .... pase a la página 7.

La señora Jones es una mujer con dependencia oral y tiene miedo de salir al exterior sola ..... pase a la página 9.

Dijo usted que la frase "La señora Jones ha tenido agarofobia durante 5 años" está redactada en unidades básicas de conducta. Esta respuesta es incorrecta porque la palabra clave "agarofobia" es una denominación general, diagnóstica, que no *especifica claramente* la incapacidad de la señora Jones. ¿Es incapaz de viajar por el campo? ¿Es incapaz de caminar por las calles? ¿Su incapacidad se limita a viajes a ciudades muy distintas o a los grandes estadios deportivos? La frase no nos lo dice. Para que la terapéutica de la conducta prospere, necesitamos conocer exactamente lo que el paciente es capaz o incapaz de hacer. Necesitamos conocer bajo qué condiciones el paciente se siente incapacitado. Necesitamos conocer las dimensiones específicas interpersonales y físicas de la situación en la que se da el problema.

Vamos a intentarlo de nuevo con otro problema de conducta. El señor Grant, un psicótico crónico que ha estado hospitalizado durante 10 años, despierta gran interés entre el personal del hospital a causa de la divertida mezcolanza de palabras que utiliza. Es capaz de producir los más fascinantes neologismos, muchos de los cuales parecen tener un oculto simbolismo psicosexual. ¿Cuál de las siguientes frases describe la sintomatología del señor Grant en términos de conducta?

El señor Grant padece trastornos del pensamiento en los que se incluyen referencias a personas y monstruos que intentan devorarle, lo cual refleja su fijación oral y el uso que hace de la proyección como mecanismo de defensa ... pase a la página 11.

El señor Grant habla acerca de personas y monstruos que tratan de devorarle, siempre que está en presencia de las enfermeras y asistentes del hospital, pero muy pocas veces cuando se encuentra solo ..... pase a la página 13.

Desde que los primeros pintores describieron la vida de los hombres de las cavernas, muchos observadores astutos han elaborado descripciones claras y concisas de la conducta humana. El siguiente extracto constituye un ejemplo de una descripción muy gráfica de la conducta, realizada por el famoso psicoanalista Wilhem Reich en *Character Analysis:*

> El carácter histérico (tiene como) principal característica una cierta conducta sexual explícita, junto con un tipo específico de agilidad corporal de matices claramente sexuales... Entre las mujeres, el tipo histérico se caracteriza por una coquetería disfrazada o abierta en el caminar, mirada y habla. Entre los hombres existe, además, cierta dulzura y exceso de refinamiento y expresiones faciales y conductas femeninas... en los casos típicos, los movimientos son suaves, más o menos ondulantes, y sexualmente provocadores.[a]

[a] Reproducido con autorización de Farrar, Straus & Giroux, Inc., New York, de *Character analysis* (Wilhelm Reich).

Usted eligió la segunda frase como la más adecuada en términos de conducta. ¡Perfecto! Al conocer los límites geográficos de la fobia de la señora Jones, así como la cualificación interpersonal asociada con dicha fobia, hemos dado un primer paso importante para llegar a un análisis de conducta de sus problemas.

Pase a la página 19, a menos que desee practicar más descripciones de conducta. Al final de las páginas 5 y 13 encontrará más ejemplos.

Dijo usted que la frase "La señora Jones es una mujer con dependencia oral y tiene miedo de salir al exterior sola" es una buena descripción en términos de conducta de la enfermedad de la paciente. Desgraciadamente, los términos "dependencia oral" y "miedo" son denominaciones que atribuyen unos significados a las conductas de la señora Jones que son muy difíciles de verificar. Más aún, ni siquiera nos dicen cuáles son las carencias *específicas* en términos de conducta de la paciente. Hacer un diagnóstico de la conducta es muy distinto de interpretar la conducta como si ésta tuviera causas invisibles e indemostrables. Nuestra tarea consiste en describir, no en inferir.

Vuelva al principio, y después de releer la página, escoja otra respuesta.

Está usted haciendo suposiciones innecesarias sobre el significado del problema del señor Grant. En la pregunta se le pedía una descripción de la sintomatología del paciente; no se le pide que especule sobre el sentido de dicha sintomatología.

Como veremos muy pronto, las verbalizaciones pueden ser moldeadas e incitadas por factores externos a los procesos mentales internos de la persona. En el caso del señor Grant, puede que sean los empleados del hospital, quienes prestan mucha atención a sus neologismos, lo que esté ejerciendo una influencia muy poderosa sobre lo que el paciente dice. Quizás el señor Grant tenga fijaciones orales, pero también es posible que no las tenga y lo mismo ocurre con los trastornos del pensamiento. Al utilizar estos términos, está usted describiendo sucesos que supuestamente ocurrieron hace mucho tiempo o bien son procesos que tienen lugar en el interior del organismo, bajo la piel. En ninguno de los dos casos estamos lo suficientemente seguros como para hacer observaciones fiables.

Vuelva a la página 5, lea de nuevo su contenido y escoja la respuesta correcta.

Empieza usted a comprender el concepto de "conducta". La segunda frase describe fielmente la conducta verbal del señor Grant en el hospital. Apenas es necesaria una pequeña inferencia para hacer ese tipo de observación y además nos proporciona una información muy importante acerca de la situación interpersonal en la que tienen lugar las charlas irracionales del señor Grant.

Vamos a considerar otro ejemplo, simplemente para que usted se sienta más seguro en el momento de distinguir conductas.

La conducta es cualquier actuación de un individuo que pueda ser observada objetivamente. La observación de la conducta no incluye la interpretación de motivos; no es nuestra misión atribuir intención a las acciones de un individuo, sino describir lo que la persona *hace*. ¿Cuál de las siguientes frases representa una descripción precisa de la conducta?

El paciente que se pasea por aquel rincón parece enfadado y tiene alucinaciones ..... pase a la página 17.

El paciente que se pasea por aquel rincón tiene el entrecejo fruncido y habla consigo mismo ..... pase a la página 15.

Usted escogió, como descripción precisa de una conducta, la frase "El paciente que se pasea por aquel rincón tiene el entrecejo fruncido y habla consigo mismo". Tiene usted razón. La frase consiste en una serie de observaciones sobre las que muchas personas podrían estar de acuerdo. El primer paso importante para que nuestro trabajo con los pacientes tenga éxito, es hacer descripciones fiables de las conductas.

Pase a la página 19.

Cuando se dice "el paciente... parece enfadado y tiene alucinaciones", se están infiriendo emociones y conductas que no son fácilmente verificables. Es posible que el paciente esté enfadado y que tenga alucinaciones, pero si todo lo que nosotros vemos es que tiene el entrecejo fruncido y que está hablando en voz alta sin tener a nadie cerca, necesitaremos más detalles antes de sacar conclusiones parecidas. Para poder describirle como "enfadado y con alucinaciones", tendremos que hacer más observaciones por medio de una entrevista u observándole para obtener más datos de su conducta.

Vuelva a la página 13 y elija la respuesta adecuada.

Los clínicos conductistas se interesan más por lo que los pacientes *hacen* que por lo que *son*. Podemos describir a un individuo en los siguientes términos, "Max es un esquizofrénico", y a otro, "Minnie está hoy muy enfadada". Pero lo que realmente nos interesa es saber qué hace Max para que se le considere esquizofrénico y qué hace Minnie para merecer el calificativo de "enfadada". Palabras tales como "esquizofrénico", "enfadado", "compulsivo" o "retrasado mental", son términos que sirven como resumen o sumario de una amplia serie de conductas. A menudo resulta útil emplear estas palabras-resumen, pero no lo será sin antes tener un conocimiento común de las conductas específicas que las componen y a las que estas palabras se refieren.

Toda palabra emitida es conducta; de hecho, el lenguaje o conducta verbal constituye una de las partes más importantes de la conducta humana. La mayor parte de las psicoterapias giran alrededor de la conducta verbal y los cambios producidos en los informes que el paciente da de sí mismo constituyen normalmente la prueba clínica de que ha habido cambios. Más adelante veremos de qué forma la psicoterapia, tal como la practican los psicoterapeutas de orientación psicodinámica, consiste en un tipo especial de aprendizaje mediatizado por el condicionamiento verbal y la imitación de modelos.

Una de las tareas de cualquier tipo de terapeuta consiste en comprobar si las diferentes respuestas verbales concuerdan o no con lo que el propio terapeuta observa en las conductas no verbales del paciente. El término clínico, *emoción inadecuada,* se refiere con frecuencia a un desfase entre lo que el paciente dice y cómo lo dice. Una exploración bien hecha de la situación mental, es un buen ejemplo de una valoración de la conducta clara y válida. Imagínese a usted mismo evaluando el discurso verbal de una paciente y escoja la frase que mejor describa su conducta verbal:

La paciente hablaba como si estuviera deprimida .... pase a la página 21.

La paciente hablaba despacio, de forma monótona y se detuvo varias veces para sollozar ..... pase a la página 23.

Dijo usted que la frase "La paciente hablaba como si estuviera deprimida" era una descripción válida de conducta verbal.

Bien, vamos a formularnos la pregunta clave. ¿Qué *hace* la paciente cuando está deprimida? La contestación de esta pregunta nos indicará el camino más adecuado.

Vuelva a la página 19 e inténtelo de nuevo.

Extracto de la obra *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, de Charles Darwin:

> Las personas que sufren un dolor excesivo y prolongado permanecen inmóviles y pasivas, o puede que ocasionalmente se autobalanceen, adelante y atrás. El rostro se torna pálido; los músculos fláccidos; los párpados cuelgan; la cabeza cae sobre el pecho contraído; los labios, las mejillas y la mandíbula inferior caen hacia abajo a causa de su propio peso. Todos los rasgos quedan, de este modo, alargados; y se dice que el rostro de una persona que porta malas noticias «cae»... Después de un sufrimiento prolongado, los ojos se tornan estúpidos y faltos de expresión y a menudo se observa que están ligeramente empañados por lágrimas. No es raro que las cejas lleguen a ser oblicuas, debido a que los extremos externos descienden y los internos se alzan, lo que produce unas arrugas características en la frente muy distintas de las que produce el entrecejo fruncido. Las comisuras de la boca caen hacia abajo, algo tan universalmente reconocido como símbolo de tristeza, que se ha convertido en tópico.[a]

Ya veremos la importancia que tiene especificar la conducta emocional no verbal, cuando en el Capítulo X tratemos de los ejercicios de autoafirmación. Las conductas que expresan emoción pueden aprenderse más eficazmente por medio de la terapéutica, cuando ya están claramente clasificadas y definidas.

[a] Reproducido con la autorización de The University of Chicago Press, Chicago, Illinois. De la obra *The expression of the emotions in man and animals*, de Charles Darwin.

Tenía usted razón al elegir la segunda frase. Apenas es necesaria una pequeña inferencia para hacer una descripción válida de esta paciente. Distintos observadores, independientes entre sí, podrían fácilmente estar de acuerdo sobre este tipo de descripción.

De este modo hemos visto que las emociones también son conductas y que somos capaces de describir emociones correcta y fiablemente si nos referimos a sus componentes observables. Darwin empleó este método cuando escribió *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales,* y halló ciertas correlaciones entre las expresiones faciales y movimientos del cuerpo y emociones tales como rabia, miedo, dolor y placer.

La clave para lograr un análisis de las emociones en términos de conducta reside en la siguiente pregunta: "¿Qué *hace* la persona cuando experimenta la emoción?" Nos interesa la expresión facial, los movimientos, las vocalizaciones y el discurso. También nos interesa el ambiente físico e interpersonal — la situación donde la conducta ocurre —, especialmente las respuestas dadas por terceros ante la persona que está experimentando la emoción. En determinados momentos nos interesará también medir conductas de "debajo de la piel", tales como la presión sanguínea, el pulso y la respuesta psicogalvánica.

La *señora Eaton,* después de siete años de terapia psicodinámica sin experimentar apenas ninguna mejora sintomática, es dada de alta por su terapeuta y remitida a terapéutica de la conducta. Ella misma plantea claramente su problema, diciendo que consiste en la "ansiedad" que experimenta siempre que se la deja sola. Insiste en que ha sido incapaz de cumplir con sus deberes de esposa y madre sin la presencia de su marido o algún otro de sus familiares. Cuando se le pide que describa lo que experimenta en los momentos de ansiedad, duda, y después recita una lista de frases que son interpretaciones y elaboraciones psicodinámicas de su problema. Habla, como si estuviera recitando de memoria, de las relaciones insatisfactorias que tuvo con su madre y de la envidia que sentía por su hermano mayor. Cuando se le recuerda que no ha descrito su experiencia subjetiva de la ansiedad, dice: "El doctor Paul afirma que tengo miedo a perder el control de mí misma". La señora Eaton apenas se muestra incómoda mientras está hablando de sus incapacidades y parece bastante relajada. Posteriores investigaciones demostraron que su marido, realmente preocupado por su bienestar, nunca ha permitido que se quede sola o que actúe por sí misma en el transcurso de los últimos años. Ha sacrificado sus propios placeres y diversiones para hacer compañía a su esposa y acompañarla durante las compras y visitas a la familia.

Esta historia es un ejemplo que ilustra de qué forma "hablar sobre la ansiedad" puede ser un problema de conducta en sí mismo, que mantiene al paciente dentro de su papel dependiente y "enfermo". La señora Eaton quizás muestre signos de ansiedad cuando está sola, o quizás no. El hecho esencial es que, al hablar de ello, ha alcanzado consecuencias extremadamente significativas, ya que ha conseguido retener a su marido junto a ella constantemente, así como el interés y preocupación continuos de su terapeuta.

Uno de los tópicos más frecuentes sobre la terapéutica de la conducta es que se ocupa sólo de la conducta motora superficial, no de las emociones. Espero desterrar este estereotipo. Por ejemplo, las emociones que tratan los terapeutas de la conducta son el enfado y la hostilidad, la ansiedad y el miedo, la autoafirmación, la autodestrucción, la necesidad de drogas y alcohol, la frigidez sexual, la impotencia, las perversiones sexuales y las respuestas afectivas.

Una de las más importantes técnicas terapéuticas de la conducta es la desensibilización sistemática, que se ocupa de la emoción llamada "ansiedad". Debemos diferenciar, por supuesto, la "ansiedad" y sus componentes observables, como el temblor, el sonrojo y la palidez, la tensión muscular y los cambios en la respuesta psicogalvánica, el sudor y las palpitaciones, de el simple "hablar sobre la ansiedad". Muchos pacientes llegan a ser muy entendidos en psiquiatría y al emplear la jerga adecuada logran generar una gran preocupación en sus familiares, amigos y médicos. Esta preocupación a menudo sirve de "gratificación secundaria" (llamada refuerzo social por los terapeutas de la conducta) para el individuo y juega un papel de primera importancia en el mantenimiento de los síntomas alegados.

El primer paso en cualquier programa de esta índole concerniente a las emociones, consiste en conocer los concomitantes observables de la emoción. ¿Qué precede a la emoción, en qué situación ocurre, de qué forma en concreto manifiesta esta persona la emoción? ¿De qué manera responde el ambiente, incluyendo a otras personas, ante la persona que está expresando la emoción? Nos interesa especialmente realizar observaciones válidas, a ser posible directas, aunque también son válidas las obtenidas a través de la historia psiquiátrica, sobre las relaciones existentes entre la conducta emocional y las respuestas ambientales que genera.

Sigmund Freud era muy consciente de la importancia de las consecuencias interpersonales de la conducta en el mantenimiento de los síntomas. En *Fragmento de un análisis de un caso de histeria,* escribió:

> Los motivos para sentirse enfermo a menudo comienzan a ser activos ya desde la infancia. Una niña pequeña, deseosa de recibir amor, no soporta tener que compartir el afecto de sus padres con sus hermanos y hermanas; se da cuenta de que todo su afecto se vuelca en ella cuando consigue preocuparles porque está enferma. Ahora ha descubierto un método para atraer el amor de sus padres, y hará uso de este método cada vez que tenga a mano material psíquico para producir una enfermedad.
>
> Cuando tal niña llegue a ser una mujer, puede que vea contrariadas todas las exigencias de su niñez, debido a su matrimonio con un hombre desconsiderado, que no cumpla sus deseos, explote su capacidad de trabajo y no le dedique ni su afecto ni su dinero. En un caso así, ella utilizará su salud quebrantada como un arma que le ayudará a mantener su posición. La enfermedad le proporcionará los cuidados que desea, obligará al marido a gastar su dinero en ella y mostrarse considerado como nunca lo hubiera hecho de gozar ella de buena salud; el marido se verá forzado a tratarla con cuidado, en caso de que se recupere, para evitar que sobrevenga una recaída. La enfermedad tendrá todas las apariencias de ser objetiva e involuntaria; incluso el doctor que la trata será testigo de ello, y por tal razón ella no necesitará sentirse culpable por hacer uso de cierto método que descubrió ya en los años de su infancia (pág. 55).*

* Reproducido con la autorización de Basic Books, New York. Tomado de "Fragment of an Analysis of a Case of Historia" en el Vol. 3 de *The collected papers of Sigmund Freud.*

Es frecuente etiquetar a las personas emotivas con epítetos coloquiales y clínicos, derivados del sistema de valores de la persona que utiliza tales epítetos. De hecho, sin embargo, los términos "histérico", "primitivo", "infantil", "molesto", "sádico" o "pícaro" apenas nos dicen nada sobre la conducta real del individuo. Tampoco nos informan sobre las circunstancias o consecuencias de su conducta. La conducta, por sí misma, es neutral y no admite juicios de valor. La conducta no es "molesta" o "primitiva", sino que produce consecuencias molestas o sucede en situaciones en las que resulta socialmente inapropiada o primitiva.

Si un paciente se queja de que es incapaz de expresar hostilidad cuando sería apropiado hacerlo, debemos identificar las características de la situación en la que experimenta esa dificultad. Debemos también identificar los tipos exactos de conducta que denotan "hostilidad" y que han de ser aprendidos en el programa terapéutico. ¿Cuál de las dos frases citadas a continuación constituye una definición en términos de *conducta* del problema del paciente respecto a la emoción llamada hostilidad?

El señor Smith tiene miedo a sus propios impulsos agresivos y parece incapaz de mostrar cólera en los momentos apropiados ..... pase a la página 31.

El señor Smith es capaz de obrar con firmeza en su trabajo y respecto a sus compañeros, pero adopta una actitud pasiva y sombría cuando su esposa le frustra en su casa ....pase a la página 29.

Ha escogido usted correctamente la frase que denota el qué, dónde y cuándo del problema del señor Smith. Empieza usted a llevar a cabo un análisis adecuado del problema. Ciertamente, necesitamos información más concreta sobre *cómo* el señor Smith se autoafirma en su trabajo (¿qué tipo de expresiones autoafirmativas hay en su repertorio?), de qué manera le frustra su esposa (¿en qué situación aparece el problema?), y qué sucede cuando se enfada de manera pasiva (¿cuáles son las consecuencias de su conducta?, ¿se sale, de esta forma, con la suya?)

Al valorar la conducta emocional, tenemos que conocer específicamente 1) qué conducta indeseable se manifiesta, 2) cómo son las respuestas deseables, 3) la situación en la que se manifiesta el problema y 4) las consecuencias de la conducta desadaptada.

Eligió usted "El señor Smith tiene miedo a sus propios impulsos agresivos y parece incapaz de mostrar cólera en los momentos apropiados". Esta frase constituye una inferencia interesante, pero en ningún caso identifica la situación en la que el señor Smith actúa inadecuadamente. No contamos con datos suficientes que nos permitan una conclusión de este estilo, "El señor Smith tiene miedo de sus impulsos agresivos", y, por tanto, no tenemos derecho a suponer que el miedo sea la causa de su carencia de autoafirmación. Cuando adscribimos motivos a la conducta del señor Smith, sin haber descrito sus problemas de conducta cuidadosa y válidamente, estamos pisando terreno resbaladizo.

Recuerde cómo definíamos la conducta; vuelva a la página 27 y elija otra respuesta.

El concepto de sustitución de síntomas es muy apreciado por aquellos terapeutas que trabajan siguiendo el modelo médico de psicoterapia. Creen que la eliminación de un síntoma es infructuosa, porque el "conflicto subyacente" generará otro en su lugar, del mismo modo que un foco interno de infección continuará produciendo síntomas incluso después de que la fiebre haya desaparecido gracias a la aspirina. Existen pruebas de que rara vez tiene lugar la sustitución de síntomas cuando se eliminan los síntomas psiquiátricos. (Ullman y Krasner, 1965; Wolpe y Lazarus, 1966.)

Es necesario aclarar el concepto de sustitución de síntomas. Es posible que se produzcan recaídas cuando un individuo se ve expuesto de nuevo a situaciones generadoras de síntomas. Pueden surgir problemas nuevos si se enfrenta a nuevas situaciones patógenas. Cuando unos problemas de conducta nuevos reemplazan a otros antiguos, suelen andar en juego gratificaciones secundarias. El interés, preocupación, solicitud y simpatía ofrecidos por los amigos, familiares y el propio terapeuta pueden contribuir a mantener y perpetuar un problema durante mucho tiempo. Cuando una conducta-problema ha conseguido atraer la atención de otras personas y en un momento dado es suprimida por medio de un tratamiento, el paciente intentará atraer esa misma atención por otros medios. Si en el repertorio de conductas de tal persona no existen otras conductas más adaptativas, o si es imposible enseñar a las personas que le rodean a responder contingentemente ante la conducta "sana", es posible que en ese momento ciertas conductas inmaduras o atávicas, latentes desde la infancia, salgan a la superficie y consigan atraer la atención y reconocimientos deseados.

Un breve ejemplo será suficiente para ilustrar este punto. Un adolescente tiranizaba a sus padres con exigencias inadecuadas para su crianza material. El terapeuta de la familia ayudó a los padres a poner límites a estas peticiones del hijo. En el momento en que cesaron de complacerle, las exigencias decrecieron. Sin embargo, muy pronto hizo una tentativa de suicidio. Un análisis de la situación demostró que, aunque el terapeuta había ayudado a los padres a decir "No" ante las peticiones del muchacho, no les había enseñado al mismo tiempo a decir "Sí" ante los signos evidentes de conductas más maduras que el muchacho había comenzado a demostrar.

La moraleja está clara: hay que luchar siempre por reemplazar la conducta inadaptada por conductas positivas, y no dejar este proceso al azar.

Una forma de organizar en términos de conducta el problema que se nos plantea, es comprobar si dicho problema implica fundamentalmente un *exceso* de conducta desadaptada (por ejemplo, el obsesivo que comprueba doce veces el pestillo de la puerta, antes de irse a dormir), o por el contrario un *déficit* de conducta adaptativa (por ejemplo, el niño autista que carece de lenguaje). Catalogar el problema de este modo nos ayuda a centrar los objetivos del tratamiento. ¿Tenemos que formular un programa de tratamiento que instaure conductas nuevas (en los problemas de déficits) o que elimine o disminuya conductas habituales que están de más? La mayoría de las veces intentamos elaborar un programa terapéutico que implique ambas cosas a la vez. Es más eficaz llevar a cabo una *sustitución* de síntomas por conductas deseables que conseguir sólo la eliminación de los mismos.

El paciente homosexual tendrá que aprender a desenvolverse socialmente con las mujeres si se desea que tenga éxito el programa destinado a eliminar sus preferencias homosexuales. El niño demasiado apegado a los adultos, tendrá que aprender a interactuar con otros niños, así como a esperar menos de los adultos. Al paciente "curado" de su tartamudez por medio de técnicas conductistas, habrá que enseñarle a enfrentarse con una serie de situaciones sociales que estaba acostumbrado a evitar. Una vez elegidas las conductas que se desea eliminar y sustituir, pueden instrumentarse las técnicas apropiadas.

El paso previo a la elaboración de un análisis de la conducta y a la prescripción que la modifique, consiste en definir los déficits y excesos de la conducta del paciente.

El *señor Ballou* ha estado hospitalizado, de forma continua, durante 15 años. Es mudo y retraído desde un punto de vista social, y pasa horas enteras deambulando por los pasillos del hospital. En las reuniones hace caso omiso de las preguntas o indicaciones que se le hacen y se aleja del resto del grupo. Uno de sus síntomas consiste en acumular cerillas gastadas, que atesora en sus ropas y en la cama. ¿Cabe decir que todas las frases expuestas a continuación son descripciones precisas de los problemas de conducta del señor Ballou?

A. Atesorar cerillas es un exceso de conducta desadaptada.
B. No responder a otras personas cuando se está en un grupo representa un déficit en su conducta.
C. Deambular es una conducta excesiva desadaptada.
D. La carencia de habla es un déficit en sus repertorios de conductas.

No..... pase a la página 37.

Sí..... pase a la página 39.

Puesto que las frases son todas acertadas, quizá podamos aclarar las cosas diciendo que las descripciones de la conducta descansan en la exacta especificación de actos explícitos. Si diversos observadores examinaran las conductas del señor Ballou, todos estarían de acuerdo en la identificación de sus déficits y sus excesos. Apenas se requiere para ello un mínimo de inferencia. Si deseáramos dar un paso más en el análisis de la conducta, quizás procuráramos conocer con más detalle la frecuencia de la deambulación del señor Ballou, o las circunstancias que rodean su atesoramiento de cerillas, especialmente la respuesta que suscita entre las enfermeras y ayudantes. Por el momento, vamos a proponer este paso adicional.

Vuelva a leer la página 35 y después escoja la respuesta correcta.

Acertó usted al decir que todas las frases de las listas eran descripciones correctas del problema del señor Ballou. Una vez que ha identificado el problema en términos específicos de conducta, está usted preparado para determinar sus causas funcionales y después idear una terapéutica de la conducta. La sección siguiente del libro le conducirá a través de estos pasos adicionales.

En estos momentos debe estar usted preguntándose de qué forma los terapeutas de la conducta logran evitar la trampa ética que lleva a definir arbitrariamente problemas y soluciones. En la práctica, la trampa es más aparente que real, puesto que el paciente, cuando llega a nosotros pidiendo ayuda, ya suele haber definido su problema. El terapeuta de la conducta entonces simplemente colabora con el paciente a fin de expresar su queja en términos de conducta. Es útil emplear valoraciones amplias al ayudar al paciente y a su familia a poner en claro sus problemas, angustia y ambivalencias, antes de establecer los objetivos del tratamiento. En otros casos, por ejemplo, en los hospitalizados crónicos, los retrasados, los psicóticos o los niños autistas, los pacientes no están en condiciones de colaborar con el terapeuta en la definición del problema. En esta situación, los déficits y excesos de conducta son tan evidentemente discrepantes de los "patrones" comúnmente aceptados de normalidad, que el establecimiento de objetos y problemas puede ser aceptado por la mayoría de las personas. En cualquier caso, el enfoque conductista de la psiquiatría y aconsejamiento coloca, de hecho, al terapeuta ante la responsabilidad de decidir los patrones de normalidad-anormalidad, adaptación-desadaptación y madurez-inmadurez. Contamos con que el clínico, a causa de su preparación profesional y sus principios humanitarios, sea una persona cualificada para llevar a cabo estas valoraciones.

Ahora está claro que el primer paso en la terapéutica de la conducta, definir los problemas y objetivos terapéuticos, se parece en muchos aspectos a las terapéuticas a corto plazo, las orientadas hacia objetivos concretos, las sectoriales y las de apoyo al ego. Todas estas técnicas tienen en común su orientación hacia objetivos específicos y posibles, y su constante girar alrededor de lo que el paciente es y hacia donde se dirige. El terapeuta puede ver desde el principio los objetivos, y trabajar con el paciente hacia su consecución.

RESUMEN DEL CAPÍTULO I

1. El primer paso en la terapéutica de la conducta consiste en identificar el (los) problema(s) del paciente, en términos específicos, concretos y observables. Este proceso se denomina descripción de la conducta.

2. El lenguaje y los pensamientos referidos por el paciente son conductas verbales, muy significativas para el terapeuta de la conducta.

3. La terapéutica de la conducta puede ocuparse de las emociones, siempre y cuando éstas sean descritas clara y válidamente por el paciente o puedan ser observadas, en tanto que conductas, por el terapeuta.

4. Una forma conveniente de organizar el problema de un paciente en términos de conducta, consiste en decidir qué conductas son excesivas (no deseables, desadaptadas) y cuáles faltan (deseables, adaptativas). Este procedimiento ayuda al terapeuta y al paciente a definir los objetivos terapéuticos.

5. La identificación del problema se ha de llevar a cabo mediante una labor conjunta del terapeuta y el paciente; sin embargo, cuando un paciente está excesivamente trastornado o retrasado y no puede colaborar, se emplean los valores comúnmente aceptados y compartidos para definir los problemas clínicos y los objetivos del tratamiento.

2. Determinantes ambientales de la conducta

En el primer capítulo hemos visto cómo se iniciaba el análisis de un problema psiquiátrico en términos de conducta. Antes de seguir adelante, es necesario identificar el problema como una serie de acciones observables. En esta parte del libro, describiremos de qué forma los acontecimientos del entorno generan y mantienen los problemas de conducta. También expondremos algunos de los métodos que se han desarrollado a partir de la psicología experimental, y que son la base de la modificación clínica de la conducta.

Todas las conductas tienen lugar en un contexto ambiental, en el cual hay estímulos y sucesos que preceden y siguen a la conducta. La regularidad de la interacción entre el ambiente y la conducta, verificada por medio de cuidadosas observaciones y medidas, nos permite construir una ciencia de la conducta. La estimulación del tendón patelar, produce un tirón en la rodilla. Colocar carne delante de un perro privado de comida, produce saliva. Un ruido muy intenso hace que un niño llore. Todo esto son respuestas incondicionadas ante estímulos incondicionados, y también pueden producirse a causa de estímulos neutros o condicionados, emparejados con estímulos incondicionados. Estos son algunos ejemplos de estímulos condicionados que pueden provocar respuestas:

a. El sonido de un timbre (estímulo condicionado) puede producir salivación (respuesta) en un perro, tras haber sido asociado durante varios días con comida (estímulo incondicionado).
b. Un conejo (estímulo condicionado) hace que un niño llore (respuesta) después de haber sido presentado varias veces ante el niño al mismo tiempo que un ruido muy fuerte (estímulo incondicionado).

La conducta también puede estar determinada por los estímulos y sucesos que regularmente la siguen en el tiempo. Los salarios son las consecuencias que mantienen la conducta de trabajo. Para muchas personas, las calificaciones sirven de consecuencias muy poderosas, que apoyan el estudio. Los orgasmos son las consecuencias que mantienen la conducta sexual. Los premios importantes ocasionales mantienen los esfuerzos y los gastos que hacen funcionar a las máquinas tragaperras. Precisamente porque asociamos estas consecuencias positivas con la conducta significativa anterior, aprendemos a desarrollar la misma conducta como anticipación de la nueva recepción de las consecuencias deseadas.

Desde un punto de vista clínico, nos conviene saber cuáles son las condiciones ambientales, especialmente en el ambiente interpersonal, que están manteniendo la conducta desadaptada del paciente o evitando que surjan conductas adaptativas. Aunque es interesante tener conocimiento de las condiciones que condujeron a la aparición del problema de conducta o síndrome (historia de condicionamiento o desarrollo), nuestro mayor interés se centra en las relaciones funcionales actuales y *habituales* entre el individuo y su ambiente.

Los factores que condujeron a la adquisición del problema de conducta sólo son importantes para los fines inmediatos de la terapéutica en el caso de que intervengan habitualmente en el mantenimiento de la conducta o impidan el aprendizaje de conductas nuevas, estimadas como deseables.

Vemos que una observación cuidadosa nos capacita para ser sensibles a la interrelación entre la conducta y los sucesos que la preceden o la siguen. Para ser capaces de conocer en qué momento la conducta cambia, debido a la influencia del ambiente, tenemos que medir o registrar la conducta. Podemos medir la intensidad de la conducta, pero lo más válido y conveniente es medir la frecuencia.

Cuando registramos los cambios en la frecuencia de algunas conductas seleccionadas, así como los cambios ambientales asociados, descubrimos la legalidad (presencia de leyes) de la conducta humana. Si la frecuencia con que Johnny hace una pataleta disminuye cuando su madre deja de prestarle atención, pero aumenta cuando ella reacciona ante las mismas, podemos asegurar empíricamente qué es lo que está motivando las pataletas.

Registrar la frecuencia de una conducta es un medio de seguir la evolución de un problema de conducta, y de las nuevas conductas adaptativas que se van desarrollando en el curso de la terapéutica. Tales registros ayudan al terapeuta a juzgar la eficacia de un tratamiento. Puesto que la terapéutica de la conducta es una tecnología empírica, la valoración de los éxitos y los fracasos forma parte del proceso que lleva a desarrollar métodos nuevos y más eficaces.

Consideremos un ejemplo de conducta clínica y veamos si podemos medir la relación funcional entre el problema y el entorno.

La *Sra. Lane*, una mujer de 37 años que ha estado deprimida desde la muerte de su madre, es sometida a observación en su casa por el terapeuta. El terapeuta registra cada instancia de conducta llamada "depresiva", tal como el llanto, las quejas sobre síntomas somáticos, la deambulación y el retraimiento. También anota las consecuencias de esta conducta. En principio, la señora Lane tiene una frecuencia muy alta de conductas depresivas (*ver* Fig. 1), siendo de notar que los miembros de la familia responden frecuentemente ante ellos con muestras de simpatía, preocupación y ayuda. Durante este tiempo, su frecuencia de acciones adaptativas, como madre y ama de casa, es muy baja, pero de vez en cuando hace esfuerzos por cocinar, limpiar la casa y atender a los niños.

El terapeuta, en sesiones familiares, da instrucciones al marido y a los niños para que presten atención inmediata y frecuente a las conductas adaptadas, deseables, de la Sra. Lane, al mismo tiempo que hagan caso omiso de su conducta deprimida. Se les enseñó a responder a sus acciones positivas con interés, ánimo y aprobación. En general, no se les dijo que disminuyeran la cantidad de atención dedicada a la señora Lane, sino más bien que invirtieran las contingencias de su atención, centrándola en "la madre y esposa" y no en "la mujer enferma". En el plazo de una semana, la conducta deprimida de la señora Lane disminuyó notablemente y su conducta "sana" aumentó.

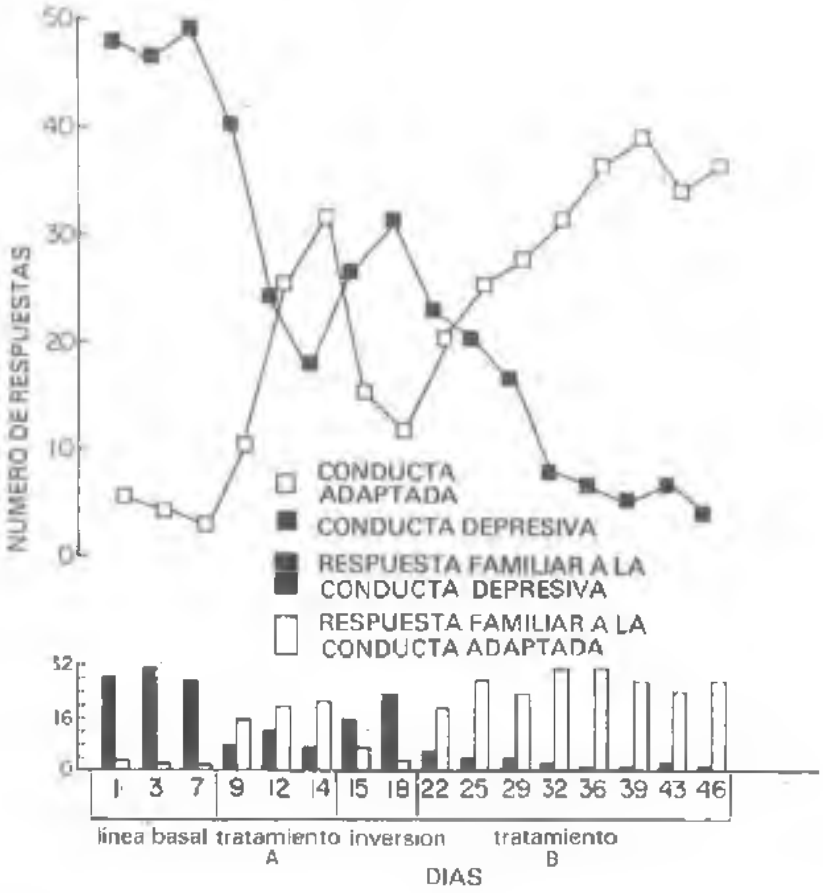

Fig. 1. Modificación de una conducta depresiva, utilizando técnicas de refuerzo, que se enseñaron a los miembros de la familia. (Tomado de Liberman, R. P. y Raskin, D. E. "Depression: A Behavioral Formulation". *Archives of General Psychiatry*, 1971, *24*, 515-523.)

El resgistro de la conducta de la señora Lane, realizado por el terapeuta, se ha presentado en la Fig. 1, junto con la cantidad de respuestas que los miembros de la familia dieron a la conducta depresiva (columna oscura) y a la conducta de adaptación (columna clara).

En este ejemplo, el acontecimiento que precipitó el problema fue, probablemente, la pérdida de la madre. El gráfico indica las consecuencias de su problema de conducta. Escoja la respuesta correcta:

La señora Lane muestra conductas depresivas y adaptadas. Ambos tipos de conductas se mantienen gracias a las consecuencias que provocan en su medio ambiente, es decir, las respuestas atentas de los miembros de su familia ..... pase a la página 49.

La depresión de la señora Lane, causada por la muerte de su madre, mejoró simplemente por el paso del tiempo ya que todas las depresiones remiten antes o después .... pase a la página 51

El punto de vista conductista da una gran importancia 1) a la observación y registro de las frecuencias de las conductas específicas verbales y no verbales, llevados a cabo de forma objetiva y válida; y 2) a la constatación de las relaciones funcionales entre las conductas y los acontecimientos ambientales asociados a ella. Skinner (1965) ha expresado este punto de vista concerniente a un conocimiento científico de la emoción:

> Mientras concibamos el problema de la emoción como algo referido a estados internos, es muy probable que no avancemos en la elaboración de una tecnología práctica (para el remedio de estados disfóricos). En nada contribuye a la solución de un problema práctico decir que tal rasgo de la conducta del hombre se debe a la frustración o la ansiedad (o la depresión). Es necesario que se nos diga también cómo han llegado a producirse la frustración, la ansiedad (o la depresión) y de qué forma pueden alterarse. Al final, nos encontraremos frente a dos factores: la conducta emocional y las condiciones manipulables de las que esta conducta es función, que son el verdadero objeto del estudio de la emoción... la objeción a los estados internos no es su existencia o no existencia, sino su falta de significación en el momento de llevar a cabo un análisis funcional.[a]

Los terapeutas de la conducta ya han comenzado a tratar la depresión según el enfoque sugerido por Skinner. Lewinson y sus colaboradores (1969), y Liberman y Raskin (1971) han revisado y resumido estos trabajos.

[a] Reproducido con la autorización de The Macmillan Company, New York. Tomado de B. F. Skinner, *Science and human behavior*. Existe traducción en lengua castellana de dicha obra, *Ciencia y conducta humana*, en esta misma colección de Editorial Fontanella.

Ha señalado usted correctamente el vínculo funcional que une el entorno y la conducta. Los problemas de la señora Lane, aunque puestos de manifiesto ante la pérdida de su madre, se mantienen, por supuesto, a causa de las consecuencias que producen en las personas cercanas a ella. La asociación causal entre su depresión y las consecuencias interpersonales de la misma, se demostró mediante un breve experimento clínico. Cuando el tratamiento había sido observado por espacio de 14 días, el terapeuta dio instrucciones a los miembros de la familia para que, de nuevo, prestaran atención y solicitud a las quejas de la señora Lane. Al cabo de tres días la señora Lane mostraba de nuevo un porcentaje elevado de conductas depresivas, aunque no tantas como al principio. Cuando de nuevo se desplazó la atención hacia las conductas "sanas" de la señora Lane, y se ignoraron sus conductas depresivas, la mejoría se presentó rápidamente. Al año de finalizar el tratamiento, la señora Lane continuaba actuando bien, sin sentirse deprimida.

Aunque una buena terapéutica y un buen análisis de la conducta no siempre requieren cuadros y gráficos rigurosos, es necesario aproximarse a este ideal si se desea que el tratamiento sea efectivo. Como mínimo, el terapeuta debe retener claramente en su pensamiento los progresos hechos por el paciente en su camino hacia los objetivos del tratamiento y su alejamiento de la conducta-problema.

Pase a la página 53.

Es verdad que las depresiones tienden a desaparecer al cabo de un cierto tiempo, pero es muy discutible que esto ocurra "espontáneamente". En el entorno de una persona deprimida pueden suceder muchos cambios que, con el tiempo, pueden producir mejoras sintomáticas. De este modo, si una persona deprimida comienza a recibir signos amistosos cuando está intentando volver a funcionar con normalidad y va perdiendo de forma gradual la atención y simpatía de unos familiares ya impacientes y algo "hartos", es de esperar que su conducta mejore.

En el caso de la señora Lane se llevó a cabo un experimento clínico para verificar la relación causal entre su conducta y las respuestas generadas en su familia. Apartir del día 15.º, el terapeuta dio instrucciones a la familia para que de nuevo prestaran atención y solicitud a las quejas de la señora Lane. Al cabo de tres días, la señora Lane de nuevo mostraba un nivel elevado de conductas deprimidas, aunque no tanto como al principio. Cuando la atención de la familia volvió de nuevo a centrarse sobre sus conductas adaptativas, alejándose de su "desdicha", la señora Lane mejoró rápidamente. Cuando ya había pasado un año sin que la señora Lane estuviera en tratamiento, continuaba bien y sin síntomas depresivos.

Vuelva al último párrafo de la página 49.

Un reforzador positivo se define, no por sus cualidades o características intrínsecas, sino por el efecto que tiene sobre la conducta. Cualquier consecuencia de la conducta que aumenta la probabilidad de que esa conducta se repita, se define como un reforzador positivo. Puede suceder que algunos de los acontecimientos que siguen a la conducta parezcan nocivos o negativos, pero de hecho pueden servir como reforzadores positivos. Las azotainas y las engañifas, negativos en apariencia, pueden tener como efecto un aumento en la frecuencia de la conducta "traviesa", si los examinamos más de cerca. Esto sucede especialmente en aquellas familias en las que los niños reciben, en general, muy poca atención. El estado de privación social parece sensibilizar al niño ante cualquier forma de atención concedida por los padres.

El problema clínico del masoquismo es otro ejemplo de estímulos aparentemente adversos, pero que de hecho refuerzan positivamente ciertas conductas. Debemos tener en cuenta que las características físicas de un estímulo no determinan el que ese estímulo sea agradable o aversivo. Los estímulos que producen una reacción de aproximación, pueden catalogarse como agradables. Por el contrario, un estímulo físico de las características de unos azotes, la flagelación o un ruido muy fuerte pueden definirse como aversivos si provocan en un individuo concreto reacciones de alejamiento y huida. La naturaleza placentera o aversiva de un estímulo debe definirse en términos de la conducta resultante en un individuo dado, bajo unas condiciones específicas. Fumar un cigarrillo puede resultar agradable para un fumador y aversivo para la persona que fuma por primera vez. Cuando decimos que una persona se comporta de forma masoquista, queremos decir que se aproxima a estímulos que la mayoría de las personas en nuestra sociedad evitan o rechazan. Ese mismo estímulo puede que sea evitado por el "masoquista" en otras circunstancias o en el supuesto de que se le dieran otras alternativas.

El masoquista disfruta y hace grandes recorridos para obtener una paliza o cualquier otra forma de degradación personal. Aunque el sometimiento a palizas sería desagradable y sublevante para la mayor parte de las personas, el masoquista ha asociado este estímulo, en el pasado, a ciertas formas de placer (excitación sexual, por ejemplo). El dolor se convierte en un estímulo condicionado y puede llegar a motivar una amplia serie de conductas complejas.

RESUMEN DEL CAPÍTULO II

1. El punto de partida necesario para elaborar una ciencia de la conducta, nos viene dado por la regularidad de la interacción entre la conducta de un individuo (pasada y actual) y su ambiente.

2. Al registrar la frecuencia de alguna conducta elegida, así como los cambios ambientales a ella asociados, descubrimos la existencia de leyes en la conducta humana.

3. Los clínicos de la conducta señalan la importancia de (a) la observación y contaje objetivos de la frecuencia de la conducta y (b) la constatación de la relación existente entre la conducta y los acontecimientos ambientales relacionados con ella en el tiempo.

4. Cuando hacemos un análisis de la conducta, deseamos conocer qué condiciones ambientales —fundamentalmente del ambiente humano o interpersonal— están manteniendo la conducta-problema, o evitando que surjan conductas adaptativas.

3. Reforzamiento: positivo y negativo

El condicionamiento operante se refiere al proceso por el cual la conducta cambia como resultado de las consecuencias generadas en el ambiente. La conducta operante es la conducta de cualquier persona que literalmente *opera* sobre el ambiente para producir efectos. Los efectos producidos en el ambiente, a su vez, pueden determinar la frecuencia o intensidad de la conducta. Por ejemplo, el niño que recibe la atención de su profesor cada vez que se muestra ruidoso o inquieto, pero al mismo tiempo es ignorado cuando se porta "bien", continuará o incluso aumentará su conducta ruidosa o inquieta.

Las consecuencias de la conducta que sirven para aumentar la frecuencia o intensidad de esa misma conducta se llaman reforzadores. De acuerdo con esta definición basada en el sentido común, un reforzador elabora o potencia la conducta respecto de la que es contingente. Los reforzadores pueden ser positivos o negativos.

Los reforzadores positivos potencian las conductas con las que están relacionados en el tiempo. El estudiante del que hablábamos más arriba era reforzado positivamente mediante la atención dispensada por su profesor, cuando hacía ruido. Los salarios semanales refuerzan positivamente la asistencia al trabajo, puesto que el pago depende de, es contingente respecto a, el tiempo empleado en el trabajo. En el entorno de un hospital mental, las atenciones cargadas de cariño pueden, de hecho, estar reforzando aquellas conductas que precisamente se deseaba eliminar. Por ejemplo, los gestos repetidos de suicidio pueden estar generados por el afecto y la sobreprotección que generan entre los miembros del personal sanitario.

La *señora Fraidy* estaba deprimida y apática cuando fue al Hospital de día. Había dejado de interesarse por el golf, la costura y las antigüedades, y tenía miedo de conducir su propio coche. En California del Sur, el no conducir implica la pérdida de la mayor parte de las oportunidades de relacionarse socialmente o de divertirse.

Se formuló un plan destinado a reforzar sus esfuerzos por conducir. La enfermera, que era su terapeuta, hizo que la señora Fraidy trajera un mapa de carreteras locales. Cada día la señora Fraidy tenía que conducir el coche por una carretera nueva y después volver al hospital y marcar con tinta roja el recorrido que había hecho, en el mapa. La enfermera respondía a las pequeñas excursiones por la zona con interés, preguntas sobre el viaje y aprobación. Cada vez que la señora Fraidy no lograba hacer un viaje o repetía uno ya conocido, su enfermera no le hacía caso.

Al cabo de tres semanas, la señora Fraidy conducía por toda la región y empezaba a interesarse de nuevo por sus anteriores pasatiempos.

La conducta que queda *potenciada o aumentada* al *escapar o evitar* una consecuencia concreta, se mantiene por reforzamiento negativo. Solemos mantener las distancias respecto a los parientes entrometidos y a las estufas calientes que pueden quemarnos. Ambos son reforzadores negativos porque tienen consecuencias que mantienen la conducta de "distanciamiento". La persona que tiene "miedo" a los aviones muestra una variedad de conducta al viajar que se mantienen al evitar el miedo asociado a los aviones. Tal persona puede soportar penalidades y molestias al viajar en trenes o al conducir su coche durante distancias muy largas, con la finalidad de evitar el viaje por aire. Las fobias en general se mantienen por el proceso de reforzamiento negativo. En tanto el individuo evita la situación u objeto fóbico, puede escapar de la ansiedad anticipada. La construcción de programas destinados a capacitar al individuo para comprobar lo irracional de sus miedos, ha sido uno de los mayores logros de los terapeutas de la conducta. Nos familiarizaremos con algunos de estos programas al avanzar en la lectura de este libro.

En resumen, los reforzadores positivos y negativos son consecuencias de la conducta que sirven para fortalecer la conducta que los precede. En el caso del reforzamiento positivo, la conducta produce la aparición del reforzador, mientras que en el reforzamiento negativo, la conducta evita o se aleja del reforzador.

Los terapeutas de la conducta han utilizado reforzamiento negativo para promover cambios adaptativos en la conducta. Por ejemplo, un investigador hizo aparecer un ruido molesto y nocivo, a través de un altavoz colocado en una abertura, cada vez que un grupo terapéutico de pacientes esquizofrénicos permanecían silenciosos durante más de un minuto. Tan pronto como un paciente rompía el silencio, el ruido desaparecía. En el transcurso de varias sesiones, el grupo, que era anteriormente silencioso y lento, se convirtió en un grupo animado y hablador. (Heckel y colaboradores, 1962.)

Las desviaciones sexuales se han tratado mediante un procedimiento basado en el reforzamiento negativo llamado condicionamiento de evitación. Un experimentador que trabajaba con homosexuales, que deseaban cambiar sus pautas sexuales, proyectaba al azar imágenes eróticas de mujeres y de hombres, en un pantalla. El paciente podía cambiar la imagen de la pantalla, pulsando un botón. El paciente recibía pequeñas pero dolorosas descargas eléctricas, de forma impredictible, en el brazo, cada vez que las imágenes masculinas permanecían más tiempo de un segundo en la pantalla. Si presionaba el botón y aparecía la imagen de una mujer, eludía o escapaba del shock, dependiendo de la rapidez con que apretara el botón. Algunos investigadores han empleado un pletismógrafo — aparato que mide el volumen del pene y por tanto la intensidad de erección —, en sustitución de la "conducta visual", como conducta significativa para la administración de la descarga. Los resultados de estos experimentos han demostrado que se producían modificaciones de importancia en la conducta sexual, especialmente cuando ya se habían utilizado otras medidas de apoyo, como la terapia de grupo con hombres y mujeres.

Describa usted algunas situaciones que impliquen reforzamiento negativo. Enumere conductas habituales así como clínicas. Pase a la página 61, después de haber descrito al menos cinco situaciones, y compruebe si ha añadido usted alguna nueva a la lista dada por el autor.

He aquí unos ejemplos adicionales de reforzamiento negativo. ¿Es usted capaz de añadir alguno más a la lista?

La persona que copia en un examen para evitar una mala calificación.

La construcción de diques y presas para evitar riadas.

El pago de cuotas de seguro de incapacidad, para evitar empobrecerse cuando se está enfermo.

Ponerse gafas de sol para evitar el resplandor del sol.

Poner en marcha el termostato, para evitar el frío.

Comprar y utilizar un acondicionador de aire, para evitar el calor.

El conductor que hiere a alguien y escapa abandonando a su víctima, por miedo a las sanciones legales.

La hospitalización de un paciente suicida para evitar su autodestrucción.

Utilizar insulina para evitar la hiperglucemia y complicaciones diabéticas.

Emplear dosis mantenidas de fenotiacinas o antidepresivos para evitar recaídas.

Obedecer las señales de tráfico para evitar el castigo impuesto por la ley.

Casi todas las conductas gobernadas por leyes están motivadas por reforzamientos negativos: escapar de las multas o la prisión.

La mujer frígida que evita la relación sexual porque le es desagradable.

Antes usábamos loción de calamina para *huir* del dolor y el picor provocados por las picaduras de insectos, pero ahora usamos insecticidas para *evitar* las picaduras.

Un muchacho de 18 años, que había sido adicto a los narcóticos, estaba haciendo psicoterapia familiar, junto con sus padres. Se estableció un compás de espera durante las vacaciones, y el chico se pasaba todo el tiempo viendo la televisión, en casa. Decía que deseaba encontrar trabajo, pero que no se sentía con la "energía" necesaria. Sus padres deseaban que trabajara, pero habían terminado por no importunarle al respecto. El terapeuta sugirió el siguiente "contrato": el muchacho tendría acceso continuo a la televisión, siempre y cuando pagara un dólar por cada hora. A menos que pagara lo establecido, los padres guardarían el aparato. Puesto que el chico no tenía ahorros y anteriormente había conseguido algunos trabajos con éxito, pronto se puso a trabajar y pudo ver la televisión.

Una mujer casada de 24 años había dado fin a su tratamiento de desensibilización (ver capítulo 9) por frigidez, pero no podía hacer voluntariamente uso de sus progresos en la práctica sexual con su marido. El terapeuta hizo un inventario de las actividades que normalmente llevaba a cabo antes de irse a la cama. Ella misma indicó que no podía dormir sin haberse limpiado previamente los dientes. Se llegó a un acuerdo según el cual sólo podría cepillarse los dientes si previamente se relacionaba sexualmente con su marido. No se cepilló los dientes durante dos noches y al fin realizó una experiencia sexual satisfactoria, con orgasmo, por primera vez en su vida. A los seis meses se comprobó que llevaba una vida sexual satisfactoria y que también se cepillaba los dientes.

Una norma muy útil clínicamente, basada en el reforzamiento positivo, es el llamado Principio de Premack a causa del primer psicólogo que lo enunció (Premack, 1959). Se puede parafrasear el principio de esta manera: Cualquier conducta que ocurre con mucha frecuencia puede ser usada de forma contingente para reforzar otra conducta que ocurre rara vez. Un paciente que diariamente se dirige a los campos del hospital para alimentar a los pájaros y a las ardillas, pero que rara vez asiste a las reuniones de terapia de grupo, puede ser motivado para que aumente su asistencia a las sesiones de grupo permitiéndole el acceso al campo *contingentemente* a dicha asistencia. Si un paciente no cumple el trabajo que se le asigna y se le encuentran a menudo hablando con una enfermera, puede hacérsele aumentar su rendimiento en las tareas asignadas haciendo que sus contactos con la enfermera sean *contingentes* respecto del cumplimiento de las asignaciones.

La aplicación del Principio de Premack capacita al clínico para seleccionar aquellos reforzadores que son apropiados para cada paciente. No todos los pacientes se sienten motivados por los dulces, los cigarros o la oportunidad de ver la televisión. Algunos pacientes responden a otros reforzadores, como la oportunidad de frecuentar personas del sexo opuesto, ir a lugares de distracción fuera del hospital, los cosméticos, la oportunidad de ser el primero en la fila del comedor, o incluso una charla con el capellán o el psiquiatra. Se debe determinar de forma empírica aquello que es reforzante para cada persona; un modo recomendable de hacer esta determinación consiste en observar las actividades preferidas del paciente. Después, estas preferencias pueden ser utilizadas contingentemente para elevar la frecuencia de las conductas que beneficiarán al paciente.

Los reforzadores pueden catalogarse según su tipo y procedencia. Existen reforzadores, como la comida y el sexo (positivos) y el dolor (negativo), que se llaman *reforzadores primarios* a causa de sus atributos físicos e innatos. El dinero, las posesiones, los honores y la atención de las personas —a veces llamados reforzadores secundarios— tienen la misma e incluso mayor importancia que los anteriores en la generación y mantenimiento de la conducta entre los humanos. De hecho, los denominados reforzadores secundarios juegan un papel de primera importancia en la motivación de la conducta humana, especialmente de la conducta que posee significación clínica. El hecho de que una gran cantidad de gratificaciones lleguen al hombre por medio del lenguaje, es lo que le distingue como animal verdaderamente social.

Reforzamiento social es un término empleado para describir "las cosas buenas" que las personas intercambian entre sí, como pueda ser la aprobación, el afecto, la preocupación, el interés, la solicitud y la simpatía. Ciertos experimentos de condicionamiento verbal han demostrado que incluso un gesto de asentimiento, una sonrisa o un murmullo de aprobación por parte del entrevistador, pueden hacer aumentar significativamente la frecuencia de casi cualquier tipo de respuesta verbal en una entrevista: respuestas tales como referencias positivas sobre uno mismo, observaciones respecto de los padres, exposición de sentimientos, recuerdos infantiles, y observaciones coherentes en un grupo. Estos hallazgos tienen claras implicaciones para la psicoterapia de la conducta, y nos ocuparemos de ello en el Capítulo XI.

Muchos problemas de conducta implican una combinación de reforzamiento positivo y negativo. Por ejemplo, el drogadicto o el alcohólico consiguen un estado placentero (sentirse "idos") y escapan de la acongojante ansiedad social al mantener sus hábitos. El uso de las drogas o del alcohol también resulta reforzado positivamente por la estrecha convivencia y cohesión entre los compañeros adictos (a veces a esto se suma la simpatía y cuidado de los parientes), mientras que la conducta queda negativamente reforzada al evitar los síntomas nocivos que siguen a la abstinencia.

Otro ejemplo de reforzamiento positivo y negativo es el que ilustran la madre y el hijo, cuya relación funciona de modo que se perpetúa el problema. Este caso lo presentaron Patterson y Reid (1967) de la siguiente manera. El reforzamiento recíproco puede mantener la conducta anómala de un niño que pide un helado cuando su madre está comprando en el supermercado. Normalmente, el reforzador de sus demandas es la complacencia por parte de la madre, pero si ella hace caso omiso de sus exigencias, el efecto subsiguiente es un aumento de la frecuencia o intensidad de su petición. Las peticiones en voz muy alta o los gritos del niño son muy molestos para la madre, en el supermercado. Esto es, su no concesión es castigada. Cuando la madre, por último, compra el helado, la pataleta molesta se acaba. El reforzador positivo que el niño recibe por su pataleta es el helado. El reforzador negativo contingente para la madre, era la terminación de la "escena" en el supermercado. De esta forma recíproca, las pataletas se perpetúan.

RESUMEN DEL CAPÍTULO III

1. *Los reforzadores positivos y negativos* son consecuencias de la conducta que sirven para consolidar la conducta que los genera.

2. En el caso del reforzamiento positivo, la conducta produce la *aparición* o *surgimiento* del reforzador y por consiguiente aumenta la frecuencia de tal conducta, como resultado de esta contingencia.

3. En el reforzamiento negativo, la conducta permite al individuo *evitar* o *huir* del reforzador. Como resultado de esta contingencia, la probabilidad futura de la conducta de evitación y huida queda incrementada.

4. Los reforzamientos positivos y negativos dan lugar a técnicas que son muy útiles para *aumentar* la frecuencia de conductas adaptativas.

5. Los reforzadores positivos, a veces mal llamados "premios", suelen experimentarse como agradables. Los reforzadores negativos a menudo se consideran y sienten como aversivos y nocivos. Sin embargo, es importante recordar que un reforzador *no* se define por sus propiedades intrínsecas, por sentimientos subjetivos o por estereotipos culturales. Más bien, un estímulo se convierte en un reforzador cuando de *hecho tiene como consecuencia modificar la frecuencia de la conducta.* Los estímulos o sucesos que aumentan la conducta respecto a la que son contingentes, son reforzadores positivos. Los estímulos o sucesos que aumentan la conducta encaminada a escapar de ellos o a evitarlos, son reforzadores negativos. A veces, ciertos estímulos que aparecen como aversivos o dolorosos, pueden en la práctica ser reforzadores positivos; por la misma razón, ciertos estímulos aparentemente agradables o placenteros pueden ser, de hecho, reforzadores negativos. Un reforzador se define por el efecto que produce sobre la conducta.

4. Modelado de la conducta por aproximaciones sucesivas

Es posible que el principio de la conducta más importante por lo que respecta a su aplicación clínica sea el de *modelado* de la conducta. Modelar implica trabajar de forma gradual, hasta la consecución de un objetivo específico, reforzando los pasos sucesivos que se van aproximando al objetivo. Este método, también llamado condicionamiento por aproximaciones sucesivas, se emplea para desarrollar conductas deseables que aún no están en el repertorio del paciente. El terapeuta tiene que aprovechar las conductas disponibles, e irlas modelando para que cada vez se parezcan más al producto final deseado, sacando provecho de la variabilidad y regularidad de las conductas sucesivas. El proceso de modelado implica el reforzamiento de las respuestas seleccionadas que se aproximen al objetivo deseado y el no reforzamiento las que no vayan en esa dirección.

Si se intenta reinstaurar el lenguaje en un paciente esquizofrénico que ha permanecido mudo durante 20 años, por ejemplo, no se puede esperar hasta que pronuncie unas cuantas palabras para reforzarle. Quizás nunca pronuncie una palabra, y uno se encontrará con que tiene que guardarse el refuerzo. En lugar de esto, lo que debe hacer es reforzar la más mínima de las aproximaciones a lo que pudiera ser lenguaje, como el movimiento silencioso de los labios o un gruñido. También cabe producir sonidos para que él los imite y entonces reforzar su aproximación al modelo.

Cuando se está modelando una conducta se debe tener presente:

1. Empezar por el nivel en el que el paciente se encuentra.
2. No esperar progresos muy grandes ya desde el principio.
3. Trabajar al ritmo del paciente.
4. Suministrar reforzamiento por los pasos que se aproximan al objetivo final, deseado, de conducta.

El modelo es, pues, particularmente útil en las situaciones en que la respuesta deseada ocurre muy raras veces, si es que ocurre, o en los casos en que el terapeuta no desea esperar a que ocurra.

Muchos terapeutas con talento emplean el principio del modelado casi de forma instintiva, como demuestra la descripción de la siguiente interacción Fester y Simons (1966).*

> Un día, después de que su terapeuta había estado columpiándose y dando volteretas con él, Jackie se negó a abandonar la habitación. En vez de continuar jugando con él, o de hacerle salir, la terapeuta lo colocó enfrente de un puzzle, puso una pieza en su mano y la condujo hasta que la dejó caer. El puzzle era tan simple, que un pequeño codazo la colocó en la posición correcta. Cuando la pieza encajó en su sitio, la terapeuta reaccionó inmediata y entusiástamente; condujo al niño a una zona al aire libre y allí jugó con él, pero sólo durante un minuto. Entonces volvieron a donde estaba el puzzle; esta vez el niño tuvo que colocar la pieza él solo, sin que la terapeuta guiara su mano en la maniobra final. Dio muestras de aprobación inmediatamente y jugaron durante otro minuto. En los diez intentos siguientes, unos 15 minutos, la terapeuta cada vez exigía más del niño en la realización del puzzle, hasta que finalmente él mismo cogía la pieza adecuada y la colocaba en su sitio, se dirigía hacia el lugar en que jugaban y se tiraba al suelo con las manos hacia arriba, esperando a que ella jugara con él. Durante los días siguientes el juego se hizo contingente respecto a la realización de puzzles. Por último, Jackie hacía tres puzzles diferentes, cada uno más difícil que el anterior, antes de ser reforzado.
>
> El puzzle en sí mismo es un ejemplo de reforzador natural. La dificultad del puzzle implica un programa de reforzamiento intermitente. Su diseño físico determina en gran parte la conducta apropiada para completarlo. En un puzzle muy sencillo, casi cada gesto hace encajar una pieza, y por tanto el reforzamiento es virtualmente continuo; pero a medida que las piezas se van haciendo irregulares, el niño necesitará hacer mayor número de intentos, de los cuales sólo uno quedará reforzado. Con puzzles más difíciles aumenta la posibilidad de dar respuestas no reforzadas y por tanto una serie de puzzles de dificultad creciente son un buen sistema para pasar de reforzamiento continuo a intermitente. Con el tiempo, el reforzamiento vuelve a ser continuo, cuando la persona se torna muy hábil. Los experimentos de laboratorio nos han enseñado que este tipo de experiencias, que parten de reforzamiento continuo para pasar a intermitente, es la mejor forma de desarrollar un repertorio persistente y duradero.
>
> La cantidad mínima de impedimentos que la terapeuta impuso a Jackie durante sus primeros intentos con el puzzle, aseguró que no se produjeran otras conductas incompatibles con la realización del mismo, y con el modelado subsiguiente. El reforzador real que mantenía la actividad con el puzzle era la respuesta verbal inmediata de la terapeuta, que a su vez derivaba en el juego. Con el tiempo, la terapeuta traspasó el control al mismo puzzle, que más tarde se convirtió en el único acontecimientos previo al juego.

En este ejemplo la habilidad de Jackie para resolver puzzles se modeló de forma gradual y paso a paso. Cada aproximación acertada al objetivo final fue premiado por la terapeuta.

* Reproducido con autorización. Tomado de C. B. Ferster y Jeanne Simons, "Behavior Therapy with Children" en *Psychological Record*, Vol. 16, pp. 65-71, 1966.

Vamos a ver qué tal comprendemos el modelado mediante un ejemplo.

Mona es una niña de cuatro años que asiste a una guardería infantil terapéutica, para niños con problemas emocionales. Uno de sus mayores trastornos es la falta absoluta de conducta de juego con niños de su edad. Se "cuelga" de los adultos y se retrae ante la posibilidad de contacto con otros niños. Cuando se la deposita a la fuerza en un arenal infantil o en un laberinto de gimnasia junto a otros niños, llora y sale corriendo en dirección al adulto más próximo. Mona mantiene buenas relaciones con su profesora de la escuela, y ésta, aleccionada en el uso de métodos conductistas, decide emplear su relación con la niña como un refuerzo que ayude a modelar la conducta de Mona respecto al juego con otros niños. En primer lugar la profesora programa un plan que ha de seguir, utilizando la atención y la aprobación como reforzadores.

¿Cuál de los siguientes programas tiene más posibilidades de triunfar en el reforzamiento paso a paso de Mona?:

Mirar a otros niños (paso 1).
Dar algunos pasos hacia otros niños (paso 2).
Volverse hacia un niño que la invita a unirse a un juego (paso 3).
Permanecer junto a niños que están jugando (paso 4).
Jugar sola en el arenal o en el laberinto, paralelamente a otros niños que juegan por su cuenta (paso 5).
Pasar cada vez más tiempo observando niños que juegan (pasos 7-10).
Hacer intentos de incorporarse a ciertas actividades con otros niños (paso 11).
Jugar a algo muy simple con otro niño que la invita (paso 12).
Iniciar un juego con otro niño (paso 13).
Intervenir espontáneamente en juegos de grupo (paso 14) ... . pase a la página 73.

Dar varios pasos hacia otros niños (paso 1).
Hablar con otros niños (paso 2).
Jugar con otro niño (paso 3).
Intervenir espontáneamente en juegos de grupo (paso 4) ... . pase a la página 75.

En los hospitales estatales ocurre con cierta frecuencia que los pacientes hablan en voz tan baja que resulta casi inaudible, especialmente aquellos pacientes que han estado hospitalizados durante largos períodos de tiempo. La hospitalización conlleva la debilitación de ciertas conductas que las personas suelen poseer cuando entran en el hospital. En los hospitales demasiado grandes se refuerza en exceso el silencio y el conformismo, pues las enfermeras están sobrecargadas de trabajo, y muchos pacientes aprenden a hablar susurrando.

En un hospital estatal se enseñó a tres personas, que hablaban susurrando, por un procedimiento de modelado. Los pacientes se sentaban a una distancia previamente fijada de un altavoz conectado a un transmisor activado por la voz humana. El transmisor, un aparato electrónico que era sensible al ruido, se cerraba, dando una señal luminosa, cuando la intensidad de la voz del paciente alcanzaba un cierto grado de intensidad. El paciente recibía dulces y cigarrillos cada vez que su voz activaba el transmisor y se encendía la luz.

El transmisor estaba inicialmente programado de forma que incluso el más leve murmullo era capaz de activarlo y encender la luz. Después, de forma gradual, el umbral del transmisor se fue aumentando a medida que los pacientes aprendían a aumentar el tono de sus voces. Cada día se exigía un tono más alto para poder conseguir reforzamiento. Al cabo de los tres meses los pacientes hablaban en tonos normales. Esta mejoría se incorporó a la situación diaria del hospital, enseñando a las enfermeras a responder sólo cuando los pacientes hablaran en voz audible.

Es usted muy consciente de la importancia de dividir la conducta en pasos aproximados, concretos y pequeños. Los pasos han de ser cortos para aumentar las posibilidades de éxito, y han de ser delimitados y observables, de tal forma que la maestra sea capaz de saber en qué momento ha de dispensar el reforzador. Es necesario diseñar un programa previamente, puesto que la maestra (o el terapeuta o el padre) tienen que anticipar la respuesta deseada para poder reforzarla *inmediatamente*. El reforzamiento retrasado no funciona bien, pues se interponen otras conductas que quedan reforzadas de forma inadvertida.

Un buen modelado de la conducta es en cierto modo un arte que requiere experiencia y conocimiento de la técnica. El terapeuta tiene que seleccionar la respuesta que debe ser reforzada y tiene que saber durante cuánto tiempo ha de reforzarla antes de pasar al siguiente paso. Si el terapeuta refuerza durante demasiado tiempo una de las conductas aproximadas, es posible que el paciente se sacie o que la aproximación quede tan estabilizada que sea luego muy difícil dar el paso siguiente para la consecución del objetivo final. Por otra parte, si el terapeuta pasa con demasiada rapidez de un paso a otro, la conducta ya modelada puede extinguirse y se hará necesario volver atrás y empezar desde un paso más sencillo. Si se solicita del paciente un paso excesivamente difícil para él, la frustración de no recibir el reforzamiento esperado puede desencadenar respuestas emocionales (una pataleta, por ejemplo) que inutilicen todo el esfuerzo de aprendizaje.

Pase a la página 75 para ver otro ejemplo clínico de modelado.

Si emplea usted este programa con Mona, es posible que tenga usted que esperar durante mucho tiempo antes de que emita incluso la primera respuesta. De hecho, habrá de esperar tanto tiempo que la sesión escolar se acabará antes de que la respuesta ocurra.

Al elaborar un programa para el modelado de la conducta, debe usted recordar que es necesario que cada paso tenga muchas probabilidades de ocurrir. Esperar mucho y muy pronto no conduce a ninguna parte. Siendo muy lógico esperar que Mona mire ocasionalmente a otro niño mientras juega, es muy poco probable — conociendo su conducta pasada — que, de forma espontánea, dé algunos pasos hacia otro niño.

He aquí un ejemplo de otro programa de modelado que resultó muy eficaz con otra conducta, en cierto modo diferente, en un niño retrasado mental: ponerse el abrigo, empleando dulces como reforzador.

> El abrigo es puesto por el terapeuta, con una mano del niño todavía en la manga.
>
> Se refuerza al niño por empujar su mano a lo largo de la manga (paso 1).
>
> La mano del niño se queda en el agujero de la manga.
>
> Se refuerza al niño por pasar la mano hasta que aparece por el otro lado (paso 2).
>
> Una mano en el agujero y la otra dentro de la manga.
>
> Se refuerza al niño por pasar las dos manos a través de las mangas (paso 3).
>
> Las dos manos en los agujeros.
>
> Se refuerza al niño por hacer pasar las dos manos a través de las mangas (paso 4).
>
> Una mano en el agujero de la manga y la otra libre.
>
> Se refuerza al niño por pasar las dos manos a través de las mangas (paso 5).
>
> Las dos manos libres, el abrigo sobre los hombros del niño.
>
> Se refuerza al niño por pasar las dos manos a través de las mangas (paso 6).

Es interesante anotar que en este caso parece que el modelado vaya hacia atrás; sin embargo, se ha partido del nivel funcional del niño — necesita que un adulto le ayude a ponerse el abrigo —, y se ha progresado de forma gradual hasta conseguir un grado mayor de independencia. Se debe reforzar cada paso varias veces antes de estar completamente seguro que queda incorporado al repertorio de conductas del niño y poder avanzar hacia el paso siguiente.

Vuelva a la página 71 y elija la respuesta correcta.

Schwitzgebel (1966) utilizó el principio del modelado de forma muy ingeniosa. Deseaba enseñar a delincuentes juveniles a expresar sus sentimientos con palabras. Mientras avanzaba hacia el objetivo final, que era conseguir que los adolescentes expresaran sus emociones ante un magnetofón, fue reforzándoles por cada paso encaminado hacia la meta. Al principio les daba dinero y pitillos cuando accedían a encontrarse con él en los lugares típicos de reunión de estos muchachos, ciertas esquinas de ciertas calles. Más tarde les dijo que podrían ganar dinero si daban un paseo con él en el metro. Después se hizo necesario, si deseaban cobrar dinero, que los muchachos se reunieran con el investigador en una determinada estación de metro. En los pasos subsiguientes fueron reforzados por 1) ir a la oficina que utilizaba Schwitzgebel, en los bajos de una tienda, 2) decir cualquier cosa ante la grabadora y 3) hablar sobre las experiencias y relaciones que eran emocionalmente importantes para ellos. Este procedimiento de modelado produjo una vinculación muy positiva entre los delincuentes — todos ellos con antecedentes — y los investigadores. Se siguió viendo a estos muchachos durante dos años, para comprobar los resultados de la investigación, y se demostró que los que se habían sometido a esta "investigación en la esquina" reincidían un 50 % de veces menos que el grupo de control.

Uno de los primeros informes sobre reinstauración del lenguaje en esquizofrénicos mudos, que describe gráficamente el proceso de modelado, ha sido después reproducido en muchas otras ocasiones. Los autores-terapeutas del mismo eran estudiantes de psicología que trabajaban en un proyecto para un seminario sobre condicionamiento operante. A continuación se expone el caso de un paciente catatónico, el señor Allen, que permanecía sentado inmóvil, imperturbable, y ajeno a cualquier intento de atraer su atención, ya fuera entablando conversación con él o bien ofreciéndole cigarrillos. Un día, de forma accidental, cayó al suelo un paquete de goma de mascar que el terapeuta tenía en su bolsillo; este último notó que los ojos del paciente seguían la caída de la goma de mascar. Durante las dos primeras semanas el terapeuta sostuvo un poco de goma de mascar y esperó a que los ojos del paciente se fijaran en ella. Entonces daba la goma al paciente. Al cabo de las dos semanas el paciente movía los ojos hacia la goma de mascar tan pronto como se le presentaba.

A continuación, el terapeuta reforzaba con goma cualquier movimiento de la boca o labios del paciente. Al final de la tercera semana, en el momento en que se presentaba la goma de mascar, se movían los ojos y los labios del paciente. A partir de aquel momento, el terapeuta retuvo la goma hasta que el paciente producía una vocalización, por ejemplo, un gruñido. Al cabo de la cuarta semana, el repertorio del señor Allen incluía movimientos de los ojos, los labios y vocalizaciones. Durante las semanas quinta y sexta, el terapeuta presentaba la goma y decía "*Di: 'GUM' 'GUM'*" * y reforzaba las imitaciones aproximadas de la palabra "GUM". Al final de la sexta semana (18 sesiones) el paciente dijo espontáneamente "GUM, por favor", y a partir de ese momento se inició un intercambio de preguntas y respuestas sobre su nombre y edad.

* *N. del T.* — "GUM" es la palabra que en inglés significa goma de mascar; su pronunciación es extremadamente fácil ('gam'), por tratarse de un monosílabo y contener una vocal abierta.

Más tarde, el señor Allen respondía a las preguntas del terapeuta, tanto en sesiones individuales como de grupo, pero permanecía mudo e impasible ante otras personas. Para generalizar las respuestas de lenguaje y para superar al terapeuta como único estímulo de control, se condujo a otros miembros del personal a la habitación, junto con el terapeuta y el paciente. Pronto el paciente se dirigió verbalmente a terceros, los cuales sólo le respondían cuando verbalizaba correctamente sus preguntas y no cuando gruñía, hacía muecas o hablaba por señas (Isaacs y cols., 1960).

Para modelar la verbalización del señor Allen, el terapeuta reforzó aproximaciones sucesivas al habla, tales como:

> Movimiento de los ojos, boca y labios, vocalizaciones primitivas, palabras, y, por último, preguntas y respuestas verbales .... pase a la página 81.

> Movimientos faciales, palabras y, finalmente, preguntas y respuestas verbales ..... pase a la página 83.

Es probable que se haya dado usted cuenta de que, en el caso del señor Allen, el terapeuta utilizó otras técnicas además de la del modelado. Una de ellas es la generalización de estímulos que implicaba la asociación de otros miembros del personal al proceso de reforzamiento. El reforzamiento, que hasta este momento ocurría sólo en presencia del terapeuta, se dio a partir de entonces en presencia de otras personas. De este modo el lenguaje se amplió y generalizó a otras personas.

Otra técnica empleada fue la de la imitación, cuando el terapeuta daba la clave al paciente diciendo "GUM, GUM". Impulsar una conducta *(prompting)* mediante el uso consciente de la conducta del terapeuta como modelo es otro principio importante que tendremos ocasión de ver con más detalle en el Capítulo XIII.

También habrá observado usted el proceso de generalización de respuestas, acaecido cuando el paciente comenzó a usar varias palabras, después de haber emitido la primera. Una vez que se hubo reforzado la palabra "GUM", se dieron otras respuestas de la misma clase sin que fueran reforzadas especialmente. La generalización de respuestas se da en todas las especies, y en el hombre podemos ver que su utilidad para la adquisición del lenguaje es manifiesta. Con ello se hizo innecesario que el terapeuta tuviera que reforzar cada palabra según iba aumentando el vocabulario del señor Allen. El terapeuta se centró en una sola palabra y, al conseguir instaurarla, instauró las palabras en general. En el Capítulo XIII veremos más ejemplos de este efecto de la generalización, al tratar de la terapéutica de la conducta en niños autistas.

Correcto. Usted ha dicho que las aproximaciones sucesivas eran: "movimientos de los ojos, movimientos de los labios, vocalizaciones, palabras, y, por último, preguntas y respuestas verbales". Sabe usted que las respuestas que poco a poco irán constituyendo el lenguaje han de ser discretas y graduales en su progresión. Sería un buen ejercicio que usted ideara una respuesta final, considerada como meta de un proceso, y que luego construyera la jerarquía de aproximaciones sucesivas. Utilice un problema clínico con el que esté usted familiarizado.

Su respuesta es errónea. Aunque usted eligió como respuesta un esbozo general del procedimiento, la esencia del modelado es la identificación de respuestas *discretas*, cada una de las cuales se va aproximando a la respuesta final deseada y es reforzada secuencialmente. Si el terapeuta hubiera comenzado el proceso reforzando una respuesta del tipo "expresiones faciales", puede que estuviera trabajando con el señor Allen todavía hoy. El grupo de respuestas incluido dentro de "expresión facial" es demasiado amplio y no da suficiente información al terapeuta. ¿Deberá reforzar parpadeos involuntarios, muecas, sonrisas, ceños fruncidos?

Además, la progresión de respuestas "expresiones faciales, palabras", no incluye el intervalo discreto "vocalizaciones primitivas" que probablemente se producirán antes que una palabra completamente formada, y por tanto debiera constituir un paso en la secuencia de aproximaciones.

Vuelva a la página 79 y escoja la respuesta adecuada.

RESUMEN DEL CAPÍTULO IV

1. La conducta puede irse *modelando* hasta la consecución de un objetivo final, si se refuerzan los pasos sucesivos y pequeños que se aproximan al objetivo.

2. La técnica del modelado requiere que el terapeuta divida la conducta considerada como objetivo final en las partes discretas que la constituyen. En este proceso, se refuerza cada uno de los pasos conseguidos y que llevan al objetivo final.

3. Reforzar cada respuesta correcta (reforzamiento continuo) facilita la adquisición de nueva conducta, mientras que reforzar las respuestas correctas de forma ocasional (reforzamiento intermitente) conduce a la adquisición de una conducta duradera y resistente a la extinción.

4. Al modelar conductas, es necesario reforzar varias veces cada uno de los pasos que llevan al objetivo final, para asegurarse de su estabilidad. Pero reforzar con demasiada frecuencia un mismo paso puede, sin embargo, dar lugar a conductas inmodificables, impidiendo de este modo el progreso del procedimiento de modelado. El reforzamiento demasiado frecuente también puede producir saciedad (ver capítulo siguiente).

5. Un modelado eficaz requiere mucha atención para detectar cualquier cambio, por pequeño que sea, en la conducta. Modelar es un arte y a la vez una ciencia.

5. Extinción y saciedad

En los capítulos anteriores hemos visto de qué forma las conductas deseadas pueden incrementarse o modelarse utilizando reforzamiento contingente a la respuesta. Muchos problemas clínicos implican un exceso de conducta indeseable; así, sería conveniente que contáramos con métodos para eliminar conductas ya existentes. Los dos capítulos que vamos a encontrar a continuación tratan de los métodos más efectivos para hacer disminuir conductas inadaptadas ya existentes.

El proceso de *extinción* tiene lugar cuando una respuesta no es reforzada y por tanto disminuye su frecuencia o intensidad. Cuando llevamos perdidas unas cuantas monedas en una máquina, sin obtener lo que deseábamos, nos sentimos menos inclinados a "alimentar" a la máquina. Si tenemos un amigo que deja de prestar atención a nuestra conversación y que nunca acepta nuestras invitaciones, comenzamos a buscar otro amigo. Se han derivado muchas aplicaciones clínicas del concepto de extinción, que en realidad es una táctica experimental simple y básica: en la parte II de este libro encontraremos algunas de sus aplicaciones, pero en primer lugar examinemos este ejemplo:

La *Srta. Jones*, una paciente psiquiátrica hospitalizada durante 7 años, ha adoptado la costumbre de ir continuamente a la habitación de las enfermeras para quejarse de sus síntomas somáticos, de la situación del hospital, del programa de tratamiento y de otros pacientes que no le agradan. Durante un año, aproximadamente, estuvo haciendo de 10 a 20 visitas diarias a la habitación de las enfermeras. Apenas participaba de las actividades de su sección. Las respuestas de las enfermeras, cuyo trabajo se veía interrumpido por estas visitas, consistía en contestarle de forma irritada, tranquilizarla y ordenarle por último que se fuera a la habitación e incluso acompañarla. Una de las enfermeras en concreto pasaba mucho tiempo tranquilizando a la Srta. Jones y el mayor número de visitas de la paciente ocurrían cuando esta enfermera estaba de turno.

Como ya sabemos que las frecuentes visitas de la señorita Jones a la habitación de las enfermeras se mantienen gracias a la respuesta de atención que la paciente obtiene de ellas (reforzamiento positivo), vamos a tratar de contestar otra pregunta más importante. ¿Qué hacer para remediar la situación?

Dar instrucciones a las enfermeras para que ignoren completamente a la Srta. Jones .... pase a la página 89.

Dar instrucciones a las enfermeras para que ignoren completamente a la paciente cada vez que entra en la sala de enfermeras, pero que le demuestren interés y simpatía cada vez que dé señales de la más mínima integración en las actividades del hospital .... pase a la página 91.

Ignorar completamente a la señorita Jones puede conducir con el tiempo a que cese su conducta perturbadora, pero también es muy probable que exhiba otro tipo de conducta molesta a fin de obtener de nuevo la atención que está acostumbrada a recibir por parte del personal.

Vuelva a la página 87 y elija la respuesta correcta.

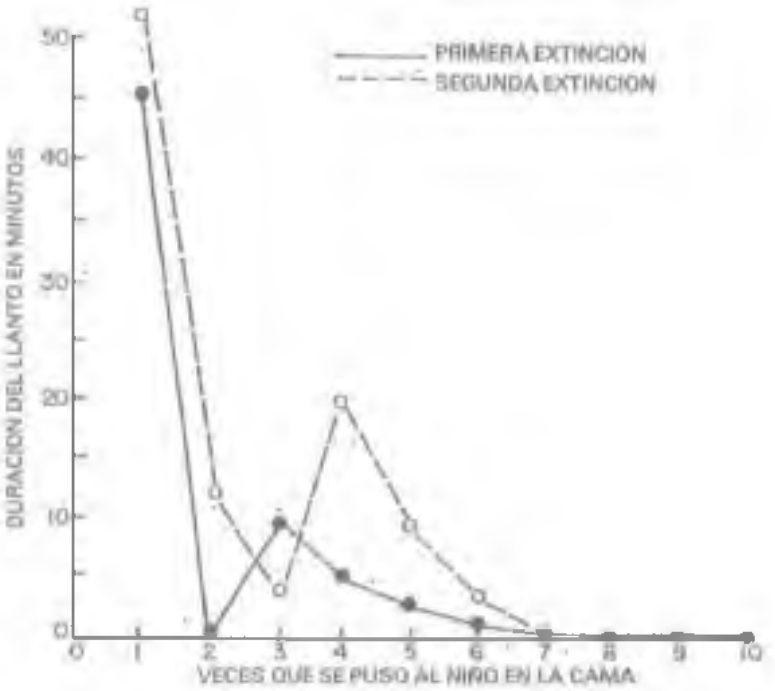

FIG. 2. Duración del llanto en dos series de extinción, como función de las veces que se acuesta al niño. (Williams, C. D. "The Elimination of Tantrum Behavior By Extincion procedures". *Journal of Abnorm. Soc. Psychol.*, 1959, 59, 269. Reproducido con permiso de la Asociación Americana de Psicología.)

El proceso llamado extinción, consistente en hacer caso omiso de las conductas desadaptadas, puede dar muy buenos resultados especialmente cuando deja al individuo provisto de conductas alternativas adaptadas, que puede reforzarse fácilmente. Un buen ejemplo es el del niño que hace pataletas a la hora de acostarse y que necesita que los padres permanezcan largos ratos al lado de la cama. La figura 2 muestra el proceso de extinción de una de estas pataletas, en el caso de un niño de 21 meses.

La primera vez que se dejó al niño en la cama y los padres abandonaron la habitación, dejando la puerta cerrada, el llanto duró 45 minutos. A la quinta vez, el niño lloraba ya menos de 5 minutos, y a la décima el niño sonreía cuando los padres le dejaban. Una semana más tarde, el niño gritó después de que su tía lo dejara en la cama, y ésta reforzó la pataleta volviendo a su habitación y haciéndole compañía hasta que se quedó dormido. Se necesitó una segunda extinción, que en el gráfico viene representada por la línea de puntos. Con esta extinción se dieron por terminadas las pataletas a la novena vez que se le dejó en la cama, no reproduciéndose en los dos años subsiguientes (Williams, 1959).

El procedimiento de extinción pudo, en este caso, emplearse aislado y sin riesgo de que se produjeran efectos secundarios, a causa de que el sueño servía como refuerzo para el niño que, lógicamente, estaría cansado, y apenas tenía ocasión de emprender otras actividades mientras estaba tumbado en la cama.

En este caso es mejor emplear dos técnicas que una sola. Es posible poner fin a las conductas molestas simplemente haciendo caso omiso de ellas, pero el paciente, acostumbrado a recibir una gran cantidad de atención, puede empezar a exhibir otras conductas, probablemente regresivas, con la finalidad de atraer de nuevo la atención del personal. No quiere decirse que esto ocurra inevitablemente (*ver* página 90), pero, cuando sucede, es posible que nos encontremos a alguien como la señorita Jones haciendo pataletas, atacando a miembros del personal del hospital, destruyendo muebles, cortándose las muñecas o tendiendo a desnudarse en lugares inadecuados. En estos casos puede decirse que la paciente vuelve a conductas que quizás fueron reforzadas en otras épocas de su vida pero que ahora nos parecen excesivamente inmaduras.

Para evitar estos efectos secundarios, el personal que rodea al paciente debe reforzar conductas adaptativas *e* incompatibles con la que en principio se desea extinguir. Si se presta especial atención a los esfuerzos realizados por la señorita Jones en las reuniones, en la terapéutica ocupacional o en las tareas del hospital, estas conductas aumentarán y se reducirá la probabilidad de la regresión.

Una mujer de 20 años sufría de dermatitis crónica en la parte posterior del cuello. Se rascaba persistentemente a pesar de causarse lesiones graves y de los tratamientos médicos que recibía continuamente. Un análisis de la situación familiar reveló que la joven lograba, quejándose de sus molestias en la piel, atraer la mayor parte de la atención de sus padres hacia su persona y distraerles de su hermano menor, quien siempre había gozado de una situación preferente en la casa. Además, la solicitud de su novio se volcaba sobre ella, y a menudo le frotaba la nuca con lociones y ungüentos.

Se formuló la siguiente hipótesis clínica: la conducta de rascarse se mantenía gracias a la gran cantidad de atención (reforzamiento social) que generaba en otras personas, importantes para la paciente. El terapeuta logró que la familia y el novio cooperaran con él, y dejaron de mostrarse preocupados o interesados por su dermatitis. Inmediatamente empezó a decrecer la frecuencia de los rascados y la dermatitis desapareció completamente al cabo de tres meses. Se comprobó que al cabo de cuatro años no había habido ninguna recurrencia de la dermatitis y la joven estaba felizmente casada y empleada (Walton, 1960).

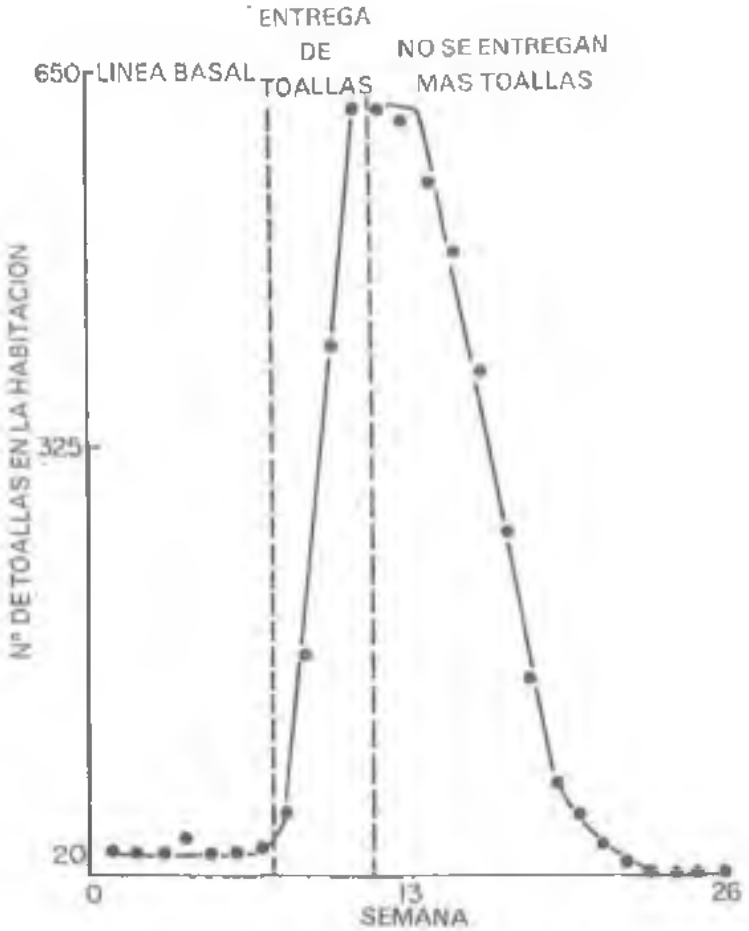

FIG. 3. Eliminación de la acumulación de toallas por el procedimiento de saciedad. (Ayllon. "Intensive Treatment of Psychotic Behavior by Stimulus Satiation and Food Reinforcement." *Behavior Research Therapy*, 1963, *1*, 53-61.)

Otra técnica empleada para disminuir la frecuencia de una conducta desadaptada es la llamada *saciedad*. La saciedad ocurre cuando una respuesta decrece a medida que un estímulo anteriormente reforzante, se suministra de forma continua. En el laboratorio se observa que un animal deja de trabajar para obtener alimento cuando ya ha ingerido gran cantidad de comida. El dicho "Es bueno irse de vacaciones, pero siempre es bueno volver a casa", se refiere a la saciedad que experimentamos después de haber obtenido demasiadas cosas buenas en las vacaciones. La frecuencia de las relaciones sexuales también está regulada por la saciedad; la mayoría de las parejas alcanzan la frecuencia adecuada de relación sexual cuando cede un poco el exceso de actos sexuales que se producen inmediatamente después del matrimonio.

Ayllon empleó las técnicas de saciedad para solucionar problemas de acumulación (1963). Un paciente, que coleccionaba toallas y mantenía constantemente en su habitación de 19 a 29 toallas a pesar de los esfuerzos de las enfermeras por retirárselas, empezó a recibir un número cada día mayor de toallas. Al final de la tercera semana se le daban

60 toallas cada día, llegando a acumular 625 en su habitación. En este punto la paciente comenzó a suprimir toallas y el "reforzamiento" cesó. La figura 3 * ilustra el proceso y muestra que el atesoramiento acumulativo cesó hacia la onceava semana. Durante el año que siguió al tratamiento, la paciente retenía sólo de 1 a 5 toallas y posteriormente se comprobó que no había vuelto a atesorar nada ni había signos de otros problemas de conducta.

* Reproducida con autorización del autor. Tomada del trabajo de T. Ayllon, "Intensive Treatment of Psychotic Behavior by Stimulus Satiation and Food Reinforcement", en el *Journal of Behavior Reseach and Therapy*, Vol. 1, págs. 53-61, 1963. Pergamon Press. Pueden hallarse otras informaciones e investigaciones afines en *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*, de T. Ayllon y N. H. Azrin, publicado por Appleton-Century-Crofts, New York, 1968.

GRÁFICO DE DISPERSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA CONTRASTADA CON LA CONDUCTA VERBAL COHESIVA DE LOS PACIENTES (N = 19 sesiones cada grupo)

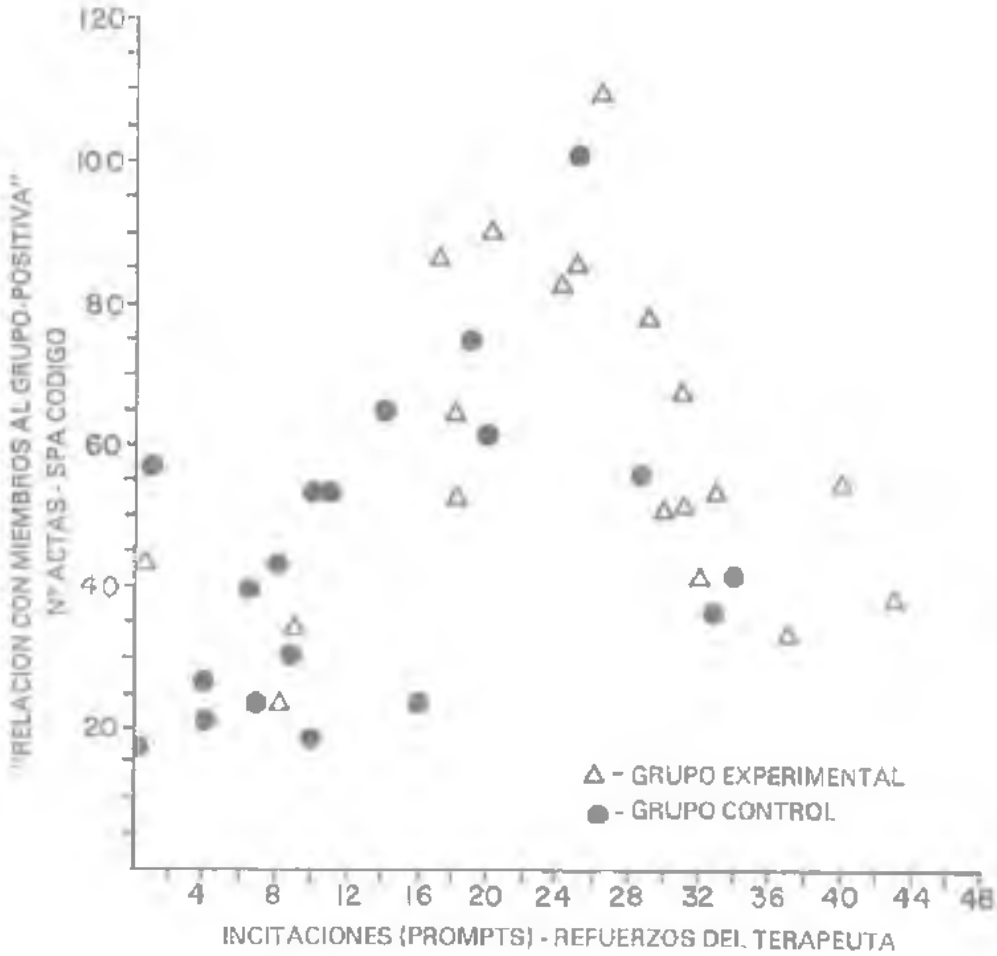

FIG. 4. Gráfico de dispersión de la actividad del terapeuta contrastada con la conducta verbal cohesiva de los pacientes. (De Liberman, datos no publicados procedentes de un estudio de terapéutica de la conducta en grupo.)

En la figura 4 queda ilustrado otro ejemplo de saciedad, que tiene gran importancia para la práctica de la psicoterapia. En este estudio de psicoterapia de grupo, llevado a cabo por el autor, se dio un efecto de saciedad cuando el terapeuta reforzó, en dos grupos diferentes, las expresiones de solidaridad y cohesión entre miembros del grupo. Como queda reflejado en el gráfico, cada vez que el terapeuta de alguno de los grupos asentía más de 26 veces ante las conductas de cohesión, el nivel de estas expresiones declinaba.

La implicación obvia es que cuando se abruma al paciente(s) con gestos de asentimiento, aclaraciones o interpretaciones de alguna de sus conductas, se puede dar la paradoja de que la misma conducta que se deseaba fortalecer, quede reducida y debilitada.

RESUMEN DEL CAPÍTULO V

1. Extinción y saciedad son dos métodos útiles para hacer decrecer la frecuencia o intensidad de una conducta desadaptada.

2. La extinción tiene lugar cuando una respuesta aprendida ya no se refuerza, y, por consiguiente, declina su frecuencia.

3. En la práctica clínica es aconsejable unir a la extinción de conductas desadaptadas, el reforzamiento de conductas adaptadas y deseables.

4. La saciedad tiene lugar cuando la frecuencia de una conducta disminuye como resultado de la aparición superabundante y continua de un estímulo que previamente era reforzante.

6. Castigo y condicionamiento aversivo

El castigo es la forma más comúnmente utilizada para hacer decrecer la frecuencia de una conducta. Aunque el castigo tiene muchas connotaciones cargadas de sentido ético y cultural, nosotros podemos describirlo como un procedimiento de modificación de la conducta. El castigo tiene lugar cuando una conducta se debilita a causa de un suceso que la sigue en el tiempo. Los azotes, por tanto, sólo son castigo si producen una reducción en la conducta respecto a la que son contingentes. Habrá usted observado que ésta es una definición funcional que relaciona la conducta con el estímulo aversivo. Por muy nocivo que pueda parecer desde un punto de vista cultural o incluso físico, un estímulo no se define como "castigador" a causa de sus cualidades intrínsecas, sino en virtud de los efectos que tiene sobre la conducta que le precede. Un proceso recibe el nombre de castigo sólo cuando un determinado estímulo debilita o pone fin a la conducta respecto a la que es contingente. Tal como sucedía en los procesos de reforzamiento, el castigo será efectivo en la medida en que el estímulo aversivo siga inmediatamente en el tiempo a la conducta que se desea modificar.

El castigo se emplea muy a menudo como un modo práctico de controlar una conducta a causa de que produce resultados muy rápidos. La conducta molesta de un niño desobediente se suprime rápidamente con unos azotes en las nalgas. La persona que aplica el castigo es a su vez reforzada negativamente por hacerlo, ya que la conducta desobediente desaparece. El profesor que envía al estudiante irrespetuoso o ingobernable a la sala del prefecto, queda reforzado porque así puede escapar de las cualidades aversivas de la conducta del estudiante. Dado que los procedimientos de castigo producen una supresión inmediata de la conducta molesta e indeseable, se suelen emplear ampliamente. Son la piedra angular de nuestro sistema legal (¡imagínense a un motorista dando un premio al conductor que se detiene ante una luz roja!) e impregnan los sistemas educativos, familiares y laborales.

Sin embargo, a menos que el castigo sea extraordinariamente severo, suprime la conducta indeseable sólo de forma temporal. Cuando la persona que castiga se ausenta, la conducta que queremos suprimir normalmente reaparece; cuando no vemos coches de la policía, es muy probable que aumentemos la velocidad más allá de lo permitido. Cuando el profesor sale de la clase, el nivel del ruido aumenta considerablemente.

Un ejemplo clínico nos ayudará a clarificar la distinción entre castigo y reforzamiento negativo. Goldiamond refirió (1965) la utilización de un método extraordinariamente efectivo para eliminar el tartamudeo. Después de obtener la frecuencia basal del tartamudeo, el terapeuta introdujo un *feedback* auditivo diferido por medio de audífonos. Este *feedback* es un estímulo aversivo, como podrá afirmar cualquier persona que haya intentado mantener una conversación al mismo tiempo que escucha lo que acaba de decir 250 milisegundos antes. El *feedback* diferido se presenta contingentemente respecto a las respuestas de tartamudeo. Se responsabiliza al paciente de la definición de su propio tartamudeo y de la autoadministración del *feedback* auditivo diferido, bajo la supervisión del terapeuta. Para evitar la audición diferida de su propio tartamudeo, el paciente debe hacer más lento su discurso. Cuando esto sucede, las anomalías de la fluidez desaparecen. El discurso del cliente es entonces fluido, pero lento. Para hacerlo más rápido se acelera mecánicamente el paso del material de lectura. Al mismo tiempo, el *feedback* diferido se va haciendo menos audible, hasta su desaparición. Goldiamond informa de que ha conseguido un 100 % de éxitos en los 45 casos que ha tratado y describe los procedimientos que ha usado para que el cliente llegara a generalizar a situaciones naturales lo aprendido en el laboratorio.

La presentación de un *feedback* auditivo diferido es un *castigo*, porque tiene como resultado la *disminución* y, con el tiempo, desaparición de las respuestas de tartamudeo. Al mismo tiempo el discurso fluido queda *reforzado negativamente;* es decir, hablando con fluidez, el paciente puede *evitar* el *feedback* aversivo. Se castiga la tartamudez (disminuye) y la fluidez queda reforzada negativamente (aumenta).

El utilizar el castigo como único medio de modificar conductas tiene también otras desventajas, consecuencias secundarias del castigo, como la conducta agresiva y emocional. Palpitaciones, sudores, contracción de los músculos, esfuerzos por escapar o atacar... todas estas cosas y algunas más pueden llegar a interferir un programa destinado a modelar la conducta hacia direcciones más deseables.

Es necesario diferenciar el castigo del reforzamiento negativo. La persona que empieza a conocer los principios de la conducta puede fácilmente confundir estos dos principios, muy diferentes entre sí. En el castigo, la conducta en cuestión *disminuye* como resultado de la aplicación contingente de un estímulo aversivo. Por otra parte, el reforzamiento negativo *aumenta* la conducta en cuestión porque esa misma conducta capacita al individuo para huir o evitar un estímulo aversivo. Se puede ver que los procedimientos de castigo son útiles para eliminar conductas no deseadas, mientras que los reforzamientos negativos son útiles para facilitar las conductas deseadas. Es frecuente que los dos procedimientos aparezcan y operen en un mismo tratamiento.

Se han usado con frecuencia los estímulos aversivos para combatir una anomalía llamada "calambre del escritor", que deja muy incapacitada a la persona que la padece. El calambre consiste en una mezcla de temblores y espasmos que hacen completamente imposible la escritura, ya que afectan a los músculos de las manos, en personas cuyo trabajo consiste fundamentalmente en escribir. En un estudio llevado a cabo por Sylvester y Liversedge (1960), se trataron 39 casos de calambre mediante un procedimiento que intentaba disminuir los temblores y espasmos por medio de descargas eléctricas contingentes a la respuesta. Algunos de los clientes habían hecho psicoterapia sin que notaran prácticamente ninguna mejoría; en general, no parece que hubiera rasgos de personalidad comunes a todos ellos.

Los temblores se castigaban haciendo a los pacientes insertar un punzón en agujeros cada vez más pequeños; cada vez que el agujero era rozado por el punzón, se recibía una descarga dolorosa, pero inofensiva. Los espasmos se trataron con un procedimiento similar, consistente en una pluma electrificada que producía una descarga cada vez que la mano del paciente presionaba con demasiada fuerza. Además se pedía a los pacientes que escribieran ciertas líneas sobre una placa de metal grabada. Si se salían de las líneas grabadas como modelo, que eran parecidas a los modelos normales de escritura a mano, recibían una descarga.

Después de 3 a 6 semanas de tratamiento, 24 de los 39 pacientes mostraban una escritura satisfactoria y pudieron incorporarse a sus trabajos. Cuando, al cabo de cuatro años y medio se entrevistó a estas personas, se vio que habían mantenido sus mejoras. Cinco pacientes mejoraron durante el tratamiento, pero recayeron después.

La terapéutica aversiva, uno de los más antiguos procedimientos de la terapéutica de la conducta, se basa en la efectividad del castigo. Los principales grupos clínicos expuestos a este tipo de tratamiento han sido los alcohólicos, los drogadictos y los desviados sexuales.

El *Sr. Diamond* era un adicto a los narcóticos, de 26 años, que se prestó voluntario a recibir terapéutica aversiva cuando se le hospitalizó. El procedimiento empleado para disminuir el uso de narcóticos por el señor Diamond fue:

A. Una descarga eléctrica dolorosa administrada en su brazo inmediatamente antes de que se inyectara él mismo un opiáceo ..... pase a la página 107.

B. Náuseas y arcadas producidas por apomorfina, inmediatamente después de que él mismo se inyectara un opiáceo .... pase a la página 105.

Dos muchachos incurrían en prácticas masturbatorias fetichistas en las que se implicaban ropas interiores femeninas. Con frecuencia robaban bragas, medias y sostenes de las cuerdas de tender ropa, y habían llegado a ser capturados por la policía. Se mezclaron 20 prendas femeninas "fetiches" y 20 que no tenían tales propiedades fetichistas. Se presentaron a los muchachos, al azar, las diferentes prendas y se les administró una descarga eléctrica, intermitente, cada vez que sostenían las prendas con propiedades fetichistas.

Después de algunas sesiones, los muchachos indicaron que ya no se sentían atraídos por las prendas de mujer. Interrumpieron sus incursiones cerca de las ropas tendidas, y abandonaron su fetiche (Bond y Evans, 1967).

Un estímulo aversivo, como las náuseas y vómitos producidos por la apomorfina, aplicada inmediatamente después de una conducta problemática, puede considerarse un procedimiento de castigo si se produce una disminución en dicha conducta. Dos estudios pilotos llevados a cabo por Liberman (1968) y Raymond (1964) indican que tal disminución, de hecho, tiene lugar.

Pero, dado que los procedimientos punitivos, cuando se emplean como método único, suelen tener ciertas desventajas, los terapeutas de la conducta tienden a emparejar las técnicas aversivas con reforzamiento de respuestas alternativas, más adaptativas. De este modo, en el caso de un drogadicto, el paciente podía evitar la apomorfina en ciertos ensayos experimentales, si escogía un refresco, dulces y cigarros, en lugar de la jeringa del opiáceo. Además de evitar las náuseas y de consumir los dulces, la bebida refrescante y los cigarros, el paciente podía conversar amigablemente con el terapeuta.

Más adelante, en el capítulo que trata de la terapéutica de la conducta aplicada a niños autistas, veremos otras aplicaciones del castigo emparejado con el reforzamiento de conductas más adaptadas. Está claro que el castigo, empleado para suprimir conductas no deseadas, cuando se combina con el reforzamiento de conductas más apropiadas, es uno de los más poderosos medios terapéuticos.

Quizás debamos repetir que la definición de los procedimientos punitivos implica la aplicación de un estímulo aversivo inmediatamente *después* de la conducta no deseada. El condicionamiento anticipado, ilustrado por el ejemplo en el que el señor Diamond recibe una descarga *antes* de la conducta que se desea eliminar, no es efectivo a la hora de suprimir la conducta problema.

Vuelva a la página 103 y escoja la respuesta correcta.

Uno de los principios fundamentales del aprendizaje dice que la conducta de un individuo está regida y motivada por las consecuencias que ella misma produce en su entorno. Las consecuencias que aumentan las conducta respecto de la que son contingentes, se llaman *reforzadores positivos* (gratificaciones). Cuando una conducta se incrementa porque capacita a un individuo para que escape o evite ciertas consecuencias, dichas consecuencias reciben el nombre de *reforzadores negativos* (estímulos aversivos). El *castigo* tiene lugar cuando un reforzador negativo suprime o debilita la conducta respecto de la que es contingente. Cuando una conducta disminuye en intensidad o frecuencia porque no va seguida de reforzamiento, tiene lugar el proceso denominado *extinción.*

Desde el punto de vista de un clínico, interesado en los métodos que aumenten la conducta adaptativa o disminuyan la desadaptada, puede decirse que los reforzamientos positivos y negativos aumentan la probabilidad de ocurrencia de una conducta, mientras que el castigo y la extinción disminuye sus probabilidades de ocurrencia. La tabla que mostramos a continuación organiza las relaciones funcionales entre la conducta de un individuo y las consecuencias que genera en su medio ambiente.

		Aumenta la conducta	Disminuye la conducta
Consecuencias	Conducta Produce estímulos	Reforzamiento positivo (estímulos gratificantes)	Castigo (estímulos aversivos)
	Conducta Evita estímulos	Reforzamiento negativo (estímulos aversivos)	Extinción (no hay estímulos)

RESUMEN DEL CAPÍTULO VI

1. Técnicamente, el proceso llamado *castigo* sólo se produce cuando un estímulo o suceso determinado *debilita* o *interrumpe* la conducta en la que se centra.

2. El mismo estímulo o acontecimiento aversivo o nocivo que se ha usado en el proceso de castigo, puede usarse para *reforzar negativamente* (aumentar) la conducta que logra escapar de este estímulo o evitarlo.

3. El castigo produce la reducción de la conducta no deseada de forma rápida y segura, pero sus resultados con frecuencia son sólo temporales y van acompañados de efectos emocionales secundarios.

4. El procedimiento más eficaz consiste en combinar el castigo de la conducta no deseada con el reforzamiento de conductas deseables. A la vez que las conductas patológicas se suprimen por medio del castigo, se pueden establecer respuestas alternativas o suplentes y hacerlas duraderas gracias al reforzamiento.

7. Generalización y discriminación

La generalización del aprendizaje tiene lugar cuando la conducta que hemos aprendido en una situación aparece en otra situación. Si los humanos (o los animales) no poseyeran esta capacidad de generalizar sus aprendizajes a nuevas situaciones con nuevos estímulos, nuestro repertorio de conductas sería extraordinariamente restringido y tendríamos que pasar por el tedioso proceso de adquirir una respuesta nueva ante cada nueva situación en la que nos encontráramos. La generalización se rige por unas leyes que han sido descubiertas en los trabajos de laboratorio con animales. Una de estas leyes se refiere a la similitud de la situación nueva respecto a la situación en la que aprendimos la respuesta originalmente. Cuanto mayor sea la similitud entre las características de los estímulos de ambas situaciones, tanto mayor será la probabilidad de que se dé la generalización.

Podemos observar el proceso de generalización cuando un niño está aprendiendo a hablar. Al principio el niño hablará sólo en su casa y como respuesta a ciertas incitaciones ("prompts") de determinadas personas, generalmente sus padres. Según va pasando el tiempo, el niño hablará también a otras personas y en otras situaciones; es muy posible que este mismo niño diga "Papá" como respuesta ante varios hombres y "Po-po" cada vez que vea un coche.

Cada vez que ciertos estímulos poseen ciertas características en común, es posible que se dé la generalización. Una persona que aprende a conducir un coche, puede generalizar su "conducta de conductor" a otros tipos de coches. Cuanto más parecidos sean los coches, tanto más rápida será la generalización. Cuando una persona que siempre ha conducido coches automáticos, quiere conducir un coche con marchas manuales, es posible que tenga que tomar algunas lecciones más.

En las situaciones clínicas, el proceso de generalización es crucial y determinante para el resultado de la terapéutica. Para que el tratamiento tenga éxito, es necesario que se produzca una generalización de la situación terapéutica a las situaciones de la vida real.

Uno de los pasos más importantes en cualquier procedimiento de terapéutica de la conducta, es el paso final que consiste en desplazar los efectos del tratamiento a la vida real. Los cambios positivos de la conducta de un alumno que asiste a una clase especial, en la que recibe especiales atenciones por parte de su maestro y un sistema de lecciones programadas, con unas contingencias de reforzamiento claras, consistentes e inmediatas, tienen que transmitirse con el tiempo a la clase normal. Del mismo modo tiene que darse la generalización de los efectos del tratamiento desde la situación psiquiátrica a la vida real. En la Unidad de Investigación Clínica, en el Hospital Estatal de Camarillo, hemos desarrollado un procedimiento de "desaparición" gradual que potencia al máximo las posibilidades de los efectos de la generalización o transmisión.

Los pacientes que se admiten en la Unidad proceden de otras secciones del hospital o de otros centros de salud mental de la zona, y se les aplican programas de modificación de conducta intensivos e individualizados. Normalmente son pacientes con los que han fracasado otros procedimientos convencionales de terapéutica. Cuando ya se ha demostrado que algún enfoque terapéutico es válido, se promueve la generalización en su propia sección del hospital o institución local, de la siguiente manera:

1. La Unidad de Investigación y su personal va "desapareciendo" poco a poco del marco del paciente, haciendo que éste pase cada vez más tiempo en el lugar de procedencia.
2. El personal de la Unidad acompaña al paciente en las visitas a su anterior lugar de residencia.
3. Los terapeutas del paciente acuden a la Unidad y se les instruye y prepara para que continúen aplicando los métodos de tratamiento una vez que ya ha ocurrido la generalización.

El concepto psicoanalítico de transferencia puede considerarse un ejemplo de generalización del estímulo. El paciente responde al psicoanalista como si fuera un padre. El analista comparte con los padres algunas características, como la figura de autoridad, respetada, preocupada e interesada por el paciente y simpatizante con él. Cuanto menos sepa el paciente sobre su analista, tanto mejor se realizará la transferencia o generalización. Por tanto esta transferencia tiene más probabilidades de ocurrir en el análisis que en la terapéutica. Gran parte del proceso de psicoanálisis se centra en la transferencia, que implica hacer ver al paciente que está confundiendo figuras de su vida anterior con el propio psicoanalista; de este modo, según el análisis avanza, la generalización aumenta, primero, para decrecer más tarde. Parte de la noción de "cura de transferencia" se deriva de las cualidades sanas y defensivas del paciente, que reacciona ante el terapeuta que se parece a figuras protectoras anteriores.

Cuanto más se parezca la situación de tratamiento al ambiente natural del paciente, tanto mayor es la probabilidad de que el tratamiento surta los efectos deseados. En el tratamiento de la depresión, ha habido algunos terapeutas (Lewinsohn y cols. 1969) que han ido directamente al domicilio del paciente para hacer un análisis del problema en términos de conducta y modificar después las pautas desadaptativas de interacción que están manteniendo la conducta depresiva.

> A partir de las observaciones realizadas en el hogar, el terapeuta identifica aquellas pautas de conducta interpersonal que supone que están relacionadas causalmente con la depresión. Estos hallazgos se exponen al cliente y a su cónyuge en unas cuantas sesiones... se llega a un acuerdo sobre los objetivos de conducta... las visitas a la casa centran inmediatamente la interacción entre el terapeuta y el cliente sobre los problemas de conducta e interpersonales y constituyen una forma relativamente fácil de implicar a una parte importante del entorno del cliente en el proceso de tratamiento.*

El tratamiento consiste en cambiar las contingencias de respuestas interpersonales en el seno de la familia, de forma que todos sus miembros colaboren en el esfuerzo, incluso la persona designada como paciente. En la Figura 5 aparecen los resultados de un caso, cuyos cambios en los síntomas son reflejados por el cuestionario "Depression Adjective Checklist".

PUNTUACIONES EN EL DACL DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO

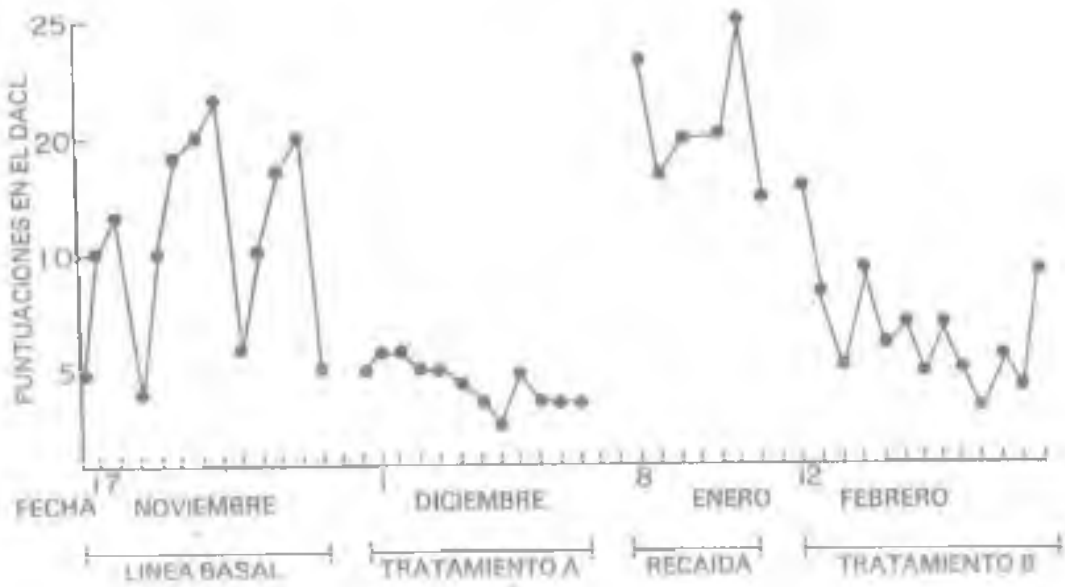

Fig. 5. Modificación de conducta depresiva con tratamiento domiciliario (Lewinsohn y cols.).

* Reproducido con autorización de los autores y de Academic Press, New York. Tomado de P. M. Lewinsohn, M. Weinstein y D. Shaw, "Depression: A clinical-research approach", aparecido en R. Rubin y C. M. Franks (editores) *Advances in behavior modification*, Vol. I, 1969.

El terapeuta de la conducta estructura, sistemática y conscientemente, la situación de tratamiento para que sea lo más parecida posible al ambiente natural en el que tiene lugar el problema del paciente. Si, por ejemplo, el paciente experimenta dificultades para reafirmarse a sí mismo en una situación de trabajo, puede que el terapeuta decida hacer una representación de las situaciones problemáticas que se le suelen presentar al cliente en su trabajo y hacer que el cliente desempeñe su papel, de forma que, al dar al paciente la oportunidad real de intentar y ensayar la conducta nueva en una situación *que se parece extraordinariamente a la situación real*, le facilite la generalización de su aprendizaje.

En un caso de terapéutica aversiva con adictos a narcóticos, el autor (Liberman, 1968) dispuso que los pacientes utilizaran sus utensilios normales para inyectarse (sus propias jeringuillas) en la situación de tratamiento. De esta forma quedaba asociado el estímulo aversivo (la náusea causada por la apomorfina) con los mismos objetos que el adicto utilizaría más tarde fuera del hospital. Esto haría aumentar la probabilidad de generalización de la experiencia aversiva, desde el hospital a los alrededores de sus casas.

La terapéutica familiar aprovecha la generalización de estímulos al incorporar a la situación de tratamiento las relaciones diarias más importantes. Aun cuando los miembros de la familia probablemente se comportarán de diferente forma en casa que en presencia del terapeuta y en el despacho de la clínica, la distancia necesaria para generalizar el aprendizaje es aquí menor que la exigida en el caso de una terapéutica individual. Sólo por esta razón la terapéutica familiar es más eficaz en potencia que la terapéutica individual, especialmente cuando los problemas están insertos en la interacción familiar. Después de algunas sesiones, el terapeuta resulta más familiar, menos extraño, y normalmente los miembros de la familia se interrelacionan de forma más espontánea y natural. Algunos terapeutas de la familia han llegado incluso a describir su incorporación a la familia, de una manera u otra. Otros, van directamente al hogar en cuestión para realizar sus observaciones y llevar a cabo la terapéutica.

Otro ejemplo de la utilización del principio de la generalización es el programa de tratamiento de alcohólicos llevado a cabo en el Patton State Hospital, de California (Schaefer, 1969). El método utilizado es el de la terapéutica aversiva, consistente en que los alcohólicos reciben una descarga eléctrica dolorosa, pero inofensiva, en los dedos, cada vez que toman un sorbo de alcohol. La descarga acaba en el momento en que el paciente escupe el licor. Las posibilidades de que el tratamiento se generalice a la vida en la comunidad se ven aumentadas por el hecho de que el entorno terapéutico es una taberna típica, con su barra, taburetes, tocadiscos automático y camarera (una enfermera disfrazada).

El proceso que complementa a la generalización se llama discriminación. Cuando emitimos una respuesta en una situación, pero no en otra diferente, estamos mostrando una discriminación. Esto sucede porque hemos sido reforzados en una de las situaciones, pero no en la otra. Este proceso de reforzamiento diferencial nos capacita para aprender a actuar de manera adecuada en cada situación. Podemos disfrutar ininterrumpidamente comiendo con los dedos nuestra merienda campestre, pero es muy posible que despertemos curiosidad e incluso críticas si usamos los dedos en un restaurante. Usted ganará posiblemente aplausos e incluso premios si en un partido de tenis juega "duro", pero si su contrincante es su cónyuge es posible que ese juego tan "duro" sólo le acarree enfados y sentimientos heridos. Podemos conducir a 80 por hora en la autopista, pero deberemos bajar a 40 en la ciudad. Levantamos la voz en un partido, pero hablamos susurrando en las bibliotecas. Empleamos un lenguaje formalista cuando damos una conferencia, pero, si seguimos empleando el mismo tipo de lenguaje con nuestros amigos, lo más probable es que nos califiquen de pedantes. Vestimos deportivamente en la playa, pero nos arreglamos algo más para ir a una entrevista en la que solicitamos trabajo. Cuando de nuestra conducta se siguen diferentes consecuencias en diferentes situaciones, aprendemos a discriminar. Puesto que nuestra conversión en seres sociales depende de que demos respuestas diferentes y apropiadas a las diferentes situaciones interpersonales, el aprendizaje de la discriminación es un proceso fundamental en nuestras vidas.

Unas personas pueden hacer unas discriminaciones más finas que otras a causa de sus historias de reforzamientos diferenciales. Los criadores de perros pueden distinguir entre diferentes razas de caninos. Los asiáticos distinguen muchas más clases de arroz que los europeos. Los expertos en vinos son contratados para que establezcan diferencias entre distintas cosechas. Los músicos profesionales pueden distinguir los tonos musicales mucho mejor que un profano. Podríamos multiplicar estos ejemplos al infinito, ya que estamos haciendo discriminaciones constantemente en la vida diaria.

Gran parte de nuestra conducta está bajo el control de estímulos de situación o claves, que llamamos *estímulos discriminativos*. Apretamos el acelerador cuando la luz se pone verde, pero apretamos el freno cuando se pone roja. Es muy probable que estrechemos la mano a un amigo que encontramos por la calle, pero no a un extraño. Sonreímos ante la sonrisa de otra persona, pero no ante una sonrisa afectada. Las reglas de etiqueta y el protocolo diplomático se basan en la discriminación de estímulos. Cuando nos comportamos de forma distinta ante personas que tienen distinta religión o raza, estamos literalmente, "discriminando". Las leyes encaminadas a asegurar las libertades civiles y la igualdad de

El control que los estímulos ejercen sobre la conducta pueden producir problemas clínicos interesantes e importantes. Especialmente en el caso de que el estímulo-control emane de una persona significativa en el espacio vital del paciente. El siguiente ejemplo (Moser, 1965) ilustra cómo un niño autista respondía a ciertos estímulos discriminativos humanos, de forma chocante:

> En el momento en que el padre estaba en casa, Billy era un muchacho modelo. Sabía que su padre le castigaría rápida y desapasionadamente en el momento en que se portara mal. Pero en cuanto el padre dejaba la casa, Billy se iba a la ventana y miraba hasta que el coche se alejaba. En el momento en que esto sucedía, se transformaba... «Se iba al armario, rompía mis vestidos de noche y se orinaba en mis ropas. Destruía los muebles y recorría la casa mordiendo las paredes hasta que toda la casa aparecía destrozada de un extremo a otro» [p. 60].

El padre de Billy servía como estímulo discriminativo respecto a ciertas consecuencias punitivas de su conducta destructiva. Su madre, sola en la casa, era un estímulo discriminativo que significaba "no castigo" para este tipo de conducta desenfrenada. De hecho, Billy recibía preocupación e intensa atención de su madre cada vez que actuaba de esta manera. Cuando una conducta encuentra diferentes consecuencias en presencia de personas distintas, un niño puede aprender a discriminar el significado de la presencia de cada persona.

¿Qué haría usted para mejorar la situación en casa de Billy?

oportunidades intentan eliminar la discriminación a base de adjudicar consecuencias negativas a dicha conducta.

Cuando trabajemos con pacientes, debemos tener en cuenta el proceso de discriminación. La piedra angular de cualquier terapéutica consiste en enseñar a un paciente a comportarse de forma distinta según las situaciones. El esquizofrénico es diagnosticado como tal, en parte porque su conducta social y afectiva no se adecúa a la situación. Durante el tiempo que dura la hospitalización, el personal del hospital proporciona un "feedback" diferencial (reforzamiento) al paciente psicótico para ayudarle a poner su conducta bajo los estímulos de control adecuados. Si es una persona combativa o con tendencia a desnudarse, se le colocará en una habitación aislada. Si habla racionalmente con el personal, recibirá interés y atención. El proceso de la terapia de grupo consiste en una gran cantidad de aprendizaje discriminativo de conducta social. Las acciones de un miembro de un grupo, durante la terapia, reciben respuestas diferenciales por parte de los demás miembros y del terapeuta, de tal forma que gradualmente se va acercando a formas más sociales. Cuando aplicamos consecuencias diferentes, positivas y negativas, a las conductas manifiestas o referidas de nuestros pacientes, estamos implicados en un proceso de adiestramiento para la discriminación.

RESUMEN DEL CAPITULO VII

1. Con el fin de aprovechar el proceso de *generalización*, el terapeuta de la conducta organiza sistemáticamente la situación de tratamiento para que sea lo más parecida posible al ambiente natural en el que tienen lugar los problemas del paciente.

2. Cuando nuestra conducta va seguida por consecuencias diferentes en distintas situaciones, aprendemos a *discriminar*, cambiando nuestra conducta según sea conveniente. Aquellos estímulos o situaciones que indican las contingencias de reforzamiento que están operando, nos proporcionan claves que nos ayudan a modificar o modular nuestra conducta y a adecuarla a la situación. Estas claves se llaman *estímulos discriminativos*.

3. Puesto que somos seres sociales, los estímulos discriminativos más importantes para la conducta humana se derivan de las personas. Risas, sonrisas, apretones de mano, ceños fruncidos y puños cerrados son ejemplos de estímulos discriminativos.

8. Aprendizaje imitativo

Una gran parte de nuestro repertorio de conductas se forma, no por el modelado de respuestas *espontáneas* constituidas en secuencias elaboradas o cadenas de respuestas, sino mediante el reforzamiento de respuestas imitadas. Si la gran mayoría de nuestras complejas pautas de conductas tuvieran que formarse mediante el tedioso sistema de ensayo y error, tanto los padres y los hijos, como los profesores y alumnos estarían exhaustos antes de que se produjera un mínimo de progreso. Podemos, sin embargo, incorporar largas y numerosas cadenas de conductas a nuestros repertorios por el simple procedimiento de observar a otro cuando emite dichas respuestas. El aprendizaje imitativo o de observación juega un papel muy importante en la adquisición de respuestas tales como manejar un palo de golf o una raqueta de tenis, utilizar una sierra eléctrica y pelar una patata. Añadir palabras a nuestro vocabulario, cambiar de peinado o de forma de vestir, y votar por el mismo partido político que nuestros padres, son todos ellos ejemplos de aprendizaje imitativo o de observación. Como tendremos ocasión de ver, este tipo de aprendizaje, proceso que ha recibido durante mucho tiempo el nombre de identificación, juega un papel muy importante en la psicoterapia.

Existen un cierto número de factores que, combinados, influyen sobre la probabilidad de que la conducta mostrada por un modelo sea reproducida por el observador. Uno de los factores más importantes es si el observador ve o no ve que el modelo recibe reforzamiento por la respuesta que se ha de imitar. Es muy poco probable que un niño imite la conducta agresiva de un matón si ve que éste es castigado; por el contrario, si el matón "se sale con la suya", hay muchas probabilidades de que el niño imite su conducta agresiva. Otro factor es el nivel de poder o prestigio que el modelo tiene para el observador. Las personas con un elevado estatus social son mucho más imitadas que las que tienen un nivel social más bajo. Las industrias publicitarias han explotado este principio de aprendizaje social al invitar a celebridades para que actúen en las películas de propaganda. De este modo, aquellos individuos que tienen acceso a una amplia variedad de gratificaciones, o que así lo parece, son los más efectivos como modelos.

Se ha demostrado de forma experimental que hay dos factores que influyen favorablemente en el nivel y frecuencia de la imitación: 1) la similitud entre modelo y observador, y 2) la posesión por parte del observador de componentes de la respuesta que ha de imitar. Se imita más rápidamente una conducta cuando un individuo tiene ya establecidos en su repertorio elementos o rudimentos de conducta que, conectados entre sí, ayudan a formar la conducta más compleja que ha de imitarse. Estos dos factores ayudan a explicar el escaso éxito de un terapeuta de clase media cuando trabaja con clientes que proceden de una clase social inferior o un grupo racial diferente.

Pero es posible que el factor más importante a la hora de determinar el mantenimiento de la conducta que se imita sea la presencia de reforzamientos, incentivos o sanciones sociales para el imitador. En un interesante experimento, realizado por Bandura en 1969, se observó que los niños que contemplaban a unos adultos, que eran premiados por sus agresiones físicas o verbales, se sentían más inclinados a imitar la conducta agresiva que otros niños que vieron como se castigaba a los mismos adultos por el hecho de exhibir la misma conducta. Sin embargo, cuando se proporcionaron incentivos a todos los niños por mostrar conductas agresivas, los dos grupos manifestaron unos niveles de agresión mucho más altos y equivalentes.

Los principios que acabamos de enunciar, han sido empleados con gran éxito en el tratamiento de problemas clínicos. Jones, en un experimento clásico llevado a cabo en 1924, demostró que los niños que tenían miedo de un conejo podían "curar" su fobia observando a otros niños que se acercaban sin miedo y jugaban con un conejo. Cuarenta años más tarde, Bandura y sus colaboradores (1969) han reproducido este experimento. Enseñaron a unos niños a perder el miedo que tenían a los perros, haciéndoles que observaran a un niño, que no tenía miedo

de los perros, mientras se iba aproximando gradualmente a uno, aumentando sus contactos con él hasta mostrarse cada vez más atrevido en sus contactos con el perro.

El aprendizaje imitativo o de observación juega un papel muy importante en muchas situaciones de la práctica y la teoría clínica, en psiquiatría.

Indique de qué forma tiene lugar la imitación del modelo, en cada una de las siguientes situaciones:

1. Un medio terapéutico en el que se mezcla a los pacientes recién admitidos junto con los que están a punto de ser dados de alta.
2. Enseñanza de técnicas de entrevista a través de un espejo "espía".
3. Psicoterapia de grupo.
4. Reclutamiento de residentes en psiquiatría para su formación psicoanalítica.

Intente sus respuestas usted mismo antes de pasar a la página 129, en la que se tratarán los puntos citados más arriba.

Sonny era un niño de 6 años y medio, que había estado hospitalizado durante 3 años con el diagnóstico de autista. La psicoterapia no había logrado alterar sus costumbres, un tanto extrañas, de jugar con los dedos, escupir y manipular los juguetes de forma ritual. Era completamente mudo y no emitía ningún sonido.

Durante 21 días se trató a Sonny de forma intensiva, empleando un método que combinaba la imitación y el reforzamiento. Durante las seis horas que duraban las sesiones diarias, se empleó la comida, el agua y la liberación de ciertas limitaciones físicas (todo ello unido a la aprobación verbal) para reforzar los esfuerzos llevados a cabo por Sonny para imitar el uso adecuado que de su cuerpo hacía el terapeuta, así como el empleo correcto de objetos y vocalizaciones.

Después de este período de aprendizaje, Sonny era capaz de imitar 200 respuestas entre las que se incluían: expresiones faciales, saltar, coger correctamente unas tijeras y utilizarlas, dibujar, tirar y recoger una pelota, cepillarse los dientes, utilizar juguetes correctamente y clavar clavos con un martillo. De forma consistente imitaba 18 sonidos y 18 palabras. La expansión y generalización de los efectos terapéuticos se llevó a cabo por medio de sus padres y del personal del hospital, a los que se enseñó a utilizar técnicas de reforzamiento e imitación. Sonny amplió sus actuaciones más allá de la mera imitación. Llegó a ser capaz de escribir el alfabeto con letras mayúsculas, introducir una pelota de baloncesto a través de un aro y nombrar aproximadamente 200 objetos y dibujos. Podía decir frases sencillas y contestar preguntas (Hingtgen y cols., 1967).

Las comunidades terapéuticas, en las que conviven pacientes a diferentes niveles de funcionamiento y recuperación, ofrecen oportunidades ricas y variadas para el aprendizaje imitativo. Los pacientes más deteriorados pueden observar a otros, de mejor nivel, y las actividades que éstos realizan, y comprobar de qué modo el progreso de estos últimos va acompañado de aprobación y de la concesión de ciertos privilegios por parte del personal. La rapidez del proceso de aprendizaje aumenta en la medida en que los pacientes posean, en su repertorio premórbido, elementos funcionales de mejora, se les agrupe según su procedencia y edad, y reciban incentivos o reforzamientos cada vez que intenten imitar. Por supuesto el proceso puede funcionar a la inversa, por ejemplo, cuando un paciente algo recuperado emula a (se porta como) sus compañeros más retrasados que probablemente reciben la atención y el cariño de las enfermeras, ayudantes y personal del hospital en general.

Uno de los métodos didácticos que se ha hecho muy popular en los últimos tiempos consiste en aprender a hacer psicoterapia o entrevistas a base de observar modelos a través de un espejo "espía" o de un "videotape". Los principios que sustentan este método se basan en las posibilidades de un aprendizaje imitativo. Estos métodos pueden mejorarse utilizando modelos que han tenido experiencias similares a las del observador (por ejemplo, residentes que observan a residentes), proporcionando reforzamientos diferenciales a los modelos según van mejorando sus técnicas o utilizando a personas con un alto estatus como modelos. Es interesante que, recientemente, un grupo de psiquiatras negros han protestado a causa de la predominancia de psiquiatras blancos y de clase media entre los profesores de residentes negros y de lo inadecuado de estos instructores como modelos o yos-ideales.

La psicoterapia de grupo proporciona numerosas oportunidades a los miembros más callados del grupo para aprender de sus compañeros más activos y habladores las formas de enfrentarse y adaptarse a sus problemas personales. Si el aprendizaje tuviera lugar exclusivamente en los momentos en que el terapeuta hablara o se dirigiera a los pacientes, la efectividad de esta técnica disminuiría considerablemente. Cualquier psicoterapeuta que haya trabajado con grupos se ha encontrado que un paciente, hasta el momento callado y retraído, exhibía una conducta que había sido anteriormente mostrada por otros miembros del grupo.

Parece bastante claro que los psiquiatras jóvenes, que se especializan en centros cuyos principales y más prestigiados superiores son analistas, tienen más probabilidades de escoger una preparación psicoanalítica que sus compañeros situados en centros en los que los psicoanalistas no gozan de un estatus elevado.

Este breve resumen no agota los mecanismos de imitación que operan en las situaciones anteriormente citadas. ¿Existen otras situaciones clínicas que contengan elementos de aprendizaje imitativo?

Ciertos pacientes acrofóbicos fueron tratados por un procedimiento que combinaba la imitación de modelos y la práctica o participación dirigida. En primer lugar, el terapeuta subía a alturas cada vez mayores en presencia de los pacientes. Después ayudaba físicamente a los pacientes (acompañándolos) para que emitieran las mismas respuestas de "subida". Todo esto ocurría durante una sesión de 35 minutos. Después de la sesión, los pacientes debían pasar un test de conducta en el que se les pedía que escalaran una serie de alturas en lo alto de un edificio de 7 pisos. La imitación de modelos unida a la práctica dirigida produjo cambios mayores que la imitación sola o la imitación junta con la dirección verbal del terapeuta. Estos mismos resultados se han obtenido con pacientes que tenían miedo de las serpientes. La investigación ha demostrado que el 60 % de los efectos benéficos generales de este procedimiento combinado, se deben a la imitación y el resto a la participación dirigida (Bandura, 1969, páginas 189-191).

RESUMEN DEL CAPÍTULO VIII

1. La imitación tiene lugar cuando un individuo adquiere una nueva conducta por medio de la observación de la conducta de otras personas y de sus consecuencias.

2. La imitación se desarrolla mejor cuando:

   a. Cuando el modelo tiene estatus elevado (por ejemplo: acceso a gratificaciones).
   b. El modelo tiene poder (por ejemplo, puede otorgar gratificaciones).
   c. El modelo queda reforzado por la conducta ejemplificada.
   d. El modelo es parecido al observador.
   e. El observador tiene ya, en su repertorio de conductas, ciertos elementos de la conducta que ha de imitar.
   f. El observador tiene la oportunidad de practicar la conducta inmediatamente después de observar al modelo.
   g. El observador mismo es reforzado por realizar la conducta imitada.

3. Se pueden extinguir conductas emocionales por medios imitativos. Estos resultados terapéuticos se obtienen cuando se hace que el observador contemple a un modelo que se aproxima a la situación u objeto temidos, permaneciendo el observador tranquilo y expresándose de manera positiva.

4. Es posible producir reducciones duraderas y generalizadas de la conducta de evitación, basada en el miedo, simplemente observando un modelo. Los efectos benéficos pueden extenderse a otras situaciones temidas que no estaban incluidas específicamente en el programa de tratamiento.

SEGUNDA PARTE

La terapéutica de la conducta en la práctica

Esta sección se ocupará de los métodos más comúnmente usados por los terapeutas de la conducta en el tratamiento de un cierto número de problemas psiquiátricos. La sección anterior de esta obra proporcionó al lector la orientación y los conceptos necesarios para comprender estos métodos. Aunque las técnicas en uso varían ampliamente en cuanto a sus componentes específicos, todas ellas tiene lo siguiente en común:

a. Se derivan de los principios de la psicología experimental, la teoría del aprendizaje, y el condicionamiento.
b. Se centran en la conducta observable.
c. Se consiguen resultados empíricos.

Precisamente a causa de que los terapeutas de la conducta se centran en los resultados favorables, más que en el éxito de la aplicación del proceso de tratamiento, se esfuerzan por ser flexibles y están abiertos a las invenciones de nuevas técnicas. Resultado de esta postura es que el campo de la terapéutica de la conducta esté continuamente sujeto a modificaciones experimentales. Para mantenerse al corriente de las innovaciones, puede usted consultar las páginas de las cuatro revistas especializadas en terapéutica de la conducta: *Behavior Research and Therapy, Journal of Applied Behavioral Analysis, Behavior Therapy* y *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* Para su mejor información, vea la lista de libros y artículos sobre terapéutica de la conducta que se ha incluido al final del libro.

Un índice que muestra la saludable vida de que gozan las recientes terapéuticas de la conducta es el hecho de que, desde sus comienzos, han divergido en sus métodos, partiendo sus cimientos teóricos de diferentes modelos de aprendizaje y condicionamiento. Estas teorías sirven para estimular a la práctica terapéutica con procedimientos nuevos y en ningún caso coartar la práctica por motivos ideológicos. En esta parte del libro abordaremos directamente algunos métodos prácticos que se han usado para modificar conductas de importancia clínica.

Los esfuerzos clínicos necesitan apoyarse en una condición, que es común a todas las terapéuticas en boga: una relación confiada entre el terapeuta y el paciente. El grado de importancia que la relación entre terapeuta y paciente tiene en cada caso, varía según la técnica específica que se esté aplicando. Sin embargo podemos decir, con seguridad, que una relación positiva — en la que se dé el respeto mutuo, una cálida estimación y cierta colaboración— siempre es beneficiosa cualquiera que sea el método empleado. Este beneficio procede del valor de reforzamiento social que para el paciente tiene todo lo que el terapeuta dice o hace. La noción del valor que el terapeuta tiene como reforzamiento social ha sido también reconocida por terapeutas no conductistas y se

ha difundido con los nombres de "la alianza terapéutica", el "efecto placebo" o "transferencia positiva". Como veremos, el terapeuta de la conducta no sólo es conscientes de esta condición sino que, además, hace uso explícito de ella para facilitar resultados terapeuticos..

9. Terapéutica de la conducta en neuróticos: Desensibilización sistemática

Las fobias y otros problemas de conducta de evitación, basadas en la ansiedad, se han tratado con éxito por medio de una técnica llamada "desensibilización sistemática". La desensibilización fue ideada por un psiquiatra, Joseph Wolpe (1958, 1966, 1969), que es uno de los pioneros de la terapéutica de la conducta. El método consiste en eliminar la ansiedad relacionada con las situaciones temidas, mediante el aprendizaje de una respuesta —relajación muscular profunda— que es incompatible con la ansiedad. Diferentes terapeutas mencionan una recuperación completa en 72 a 90 % de los casos tratados con desensibilización, tanto en estudios controlados como no controlados.

Después de varias entrevistas iniciales, en las que se elabora la historia clínica y se especifica el problema, se enseña al paciente a relajar profundamente sus músculos voluntarios. Las instrucciones detalladas del procedimiento para lograrlo se pueden encontrar en otros libros (Wolpe y Lazarus, 1966). Por el momento baste decir que el terapeuta enseña al paciente a relajar y contraer alternativamente cada grupo de músculos del cuerpo, hasta que el paciente puede discriminar sensorialmente entre músculos relajados y músculos contraídos o flexionados. La relajación también puede lograrse por medio de hipnosis o un barbitúrico de acción breve, como el metohexital (Brevital). Cuando se han realizado de 2 a 4 sesiones de entrenamiento y el paciente ya domina la relajación muscular profunda, el terapeuta presenta los estímulos que desencadena la ansiedad, de forma gradual y a través de imágenes verbales. Se pide al paciente que evoque en su imaginación las dimensiones interpersonales y físicas de las escenas que le causan ansiedad, mientras está profundamente relajado.

El terapeuta y el paciente elaboran, en colaboración, una serie jerárquica de tales escenas, poniendo mucha atención en el hecho de que han de ir de menor a mayor en cuanto al grado de ansiedad que provocan. Este orden jerárquico ha de ser individual para cada paciente. Se dice al paciente que indique si se siente angustiado o tenso durante la presentación de cada uno de los ítems de la lista de escenas. En ese momento el terapeuta ha de detenerse y volver a un paso anterior hasta que el paciente vuelva a sentirse relajado. En ese momento, se inicia de nuevo la progresión a través de la lista fabricada.

Cada escena se presenta durante dos segundos, o más, dependiendo del nivel de progresión y de la habilidad del paciente para responder con imágenes a la indicación verbal del terapeuta. En general, la escena se presenta 3 ó 4 veces y la duración de la presentación debiera ser más breve después de la primera o segunda presentación. En el intervalo de 10 a 50 segundos entre presentación de escenas, es conveniente recordar al paciente que se relaje, especialmente los músculos que más tendencia tienen a contraerse en cada caso.

Las escenas se describen tan gráficamente y tan semejantes a la vida real como sea posible, para maximizar las imágenes y la generalización de los efectos fuera del despacho del terapeuta. El paciente recibe instrucciones para que se comporte en la vida real de acuerdo con los progresos realizados en el despacho. En algunas situaciones puede que esto sea prácticamente imposible, en cuyo caso es de esperar que el progreso sea más lento. En el momento en que todas las escenas evocadoras de ansiedad han sido imaginadas mientras el paciente se mantenía profundamente relajado, es de suponer que el paciente se sentirá libre de toda ansiedad o angustia en las situaciones de la vida real. El éxito de este procedimiento se basa en la generalización de estímulos. Cuanto más se parezcan, gráficamente, las escenas imaginadas y las situaciones reales, y cuanto más capaz sea el paciente de imaginarse las escenas, tanta más cantidad de cambios terapéuticos tendrán lugar.

Además, al mismo tiempo que el paciente va progresando paso a paso en la sucesión de escenas y logra experimentar una escena sin tensión, el terapeuta puede *reforzar positivamente* la relajación diciendo algo parecido a "Bien..." o "Muy bien, lo está haciendo usted muy bien". El reforzamiento social procedente del terapeuta, de este modo, ayuda a cimentar el progreso que va haciendo el paciente, al lograr sustituir la ansidad por relajación en el proceso de condicionamiento.

También tiene lugar un proceso de extinción, desde el momento que las escenas que hasta el momento producían ansiedad, ya no la producen. En otras palabras, se da al paciente la oportunidad de comprobar lo irracional de su miedo. Gracias a la imaginación y la fantasía, el terapeuta fabrica una situación que anteriormente producía una respuesta de evitación en el paciente. Sin embargo, la relajación impide que se produzca la evitación y el paciente puede experimentar directamente que no le ocurre nada adverso o calamitoso. Al exponerse a una situación en la que no aparecen estímulos aversivos, la ansiedad y la conducta de evitación del paciente se debilitan.

Aparte de la extinción que tenga lugar a un nivel "reflejo", el paciente también experimenta una extinción a nivel verbal, ya que cada vez que se termina una escena sin sentir ansiedad o angustia, el paciente mismo ha de colocar la etiqueta "sin ansiedad" o "me siento cómodo" ante su imaginada presencia en dicha escena.

La desensibilización, gracias a que los pasos de que se compone son definidos de forma sistemática y cuidadosa, ha podido automatizarse hasta el punto de que es posible la autoadministración. Un cierto número de investigaciones demostraron que la autodesensibilización es tan efectiva como el tratamiento aplicado por un terapeuta "vivo". En la desensibilización automatizada, el individuo se guía por una cinta magnetofónica o un disco para hacer ejercicios de relajación, la elaboración de la lista jerárquica de escenas y la combinación simultánea de la relajación y evocación de las escenas que anteriormente le producían ansiedad. Está a la venta un programa de desensibilización autoadministrable, publicado por el autor, que trata la ansiedad causada por la situación de "exámenes".

En resumen, los pasos necesarios para llevar a cabo un tratamiento de desensibilización sistemática, son los siguientes:

1. Recoger información concerniente al problema por medio de una historia psiquiátrica detallada, en la que se especifique el qué, cuánto, dónde, con quién y cuándo del problema.
2. Ejercitar al paciente en una relajación muscular profunda.
3. Elaborar una lista detallada y jerárquica de las escenas que producen ansiedad, en colaboración con el paciente.
4. Avanzar progresivamente a través de la lista, contraponiendo la relajación a la ansiedad provocada por las escenas.

La desensibilización de la ansiedad tiene lugar cuando la relajación muscular profunda supera a la ansiedad asociada anteriormente a determinadas situaciones. Recibe el calificativo de "sistemática" porque el paciente avanza paso a paso, a través de una serie gradual de escenas evocadoras de ansiedad, hasta que la ansiedad queda contracondicionada.

A continuación encontrará usted dos jerarquías de estímulos que no están correctamente ordenados. En los espacios que se han dejado para ese fin, reordene los ítems para que, partiendo de los que menos ansiedad producen, se llegue a los que causan más ansiedad (de arriba abajo).

Jerarquía para un caso de frigidez

Abrazos con el marido _____
Caricias en el pecho a través del vestido _____
Ver el pene del marido _____
Desnudarse junto con el marido _____
Notar el pene en los muslos _____
Tumbarse juntos y vestidos _____
Ir al dormitorio _____
Introducción completa del pene _____
Tumbarse juntos, desnudos _____
El pene toca la vagina _____
Acariciarse uno a otro, desnudos _____
Acto sexual completo _____
«Hacer manitas» en el sofá _____

Jerarquía para un caso de ansiedad ante los exámenes

Un mes antes del examen _____
Dos días antes del examen _____
Noche de la «empollada» anterior al examen _____
Distribución de las preguntas del examen _____
Una semana antes del examen _____
Ir al examen _____
Estudiar cuatro días antes del examen _____
Mañana del examen _____
Leer la 1.ª pregunta del examen _____
Entra en la sala de examen _____
Contestar las preguntas del examen _____

Pase a la página 145 para comprobar si el orden en que usted ha dispuesto estas jerarquías era el correcto.

Una de las técnicas conductistas relacionada con la desensibilización es la llamada *terapéutica por "implosión"* (Stampfl & Levis, 1968), que trata de poner al paciente fóbico en contacto con el estímulo temido. Este método se basa en el principio de que si un paciente puede experimentar ansiedad y después experimentar su disipación, todo ello en la vida real, entonces la fobia perderá su apoyo motivacional (extinción). El contacto con el estímulo se hace unas veces directamente y otras indirectamente utilizando imaginaciones producidas por sugestión. El objetivo es producir tanta angustia como sea posible y continuar presentando estímulos-clave hasta que sobrevenga una marcada disminución en la evocación de la ansiedad. Por ejemplo, se pide a una persona con fobia a las arañas que se imagine que está solo en una habitación en la que hay numerosas arañas, negras y peludas, que trepan por sus piernas y le muerden y se le meten en la nariz... hasta conseguir que el paciente grite desesperadamente. Durante toda la sesión, que suele durar de 30 a 60 minutos, el terapeuta hace comentarios vulgares sobre las escenas, mientras el paciente se las imagina. El terapeuta sigue una hipótesis eligiendo señales-clave que forman parte del complejo total de estímulos condicionados. En teoría, cuanto más se parezcan estas claves a los estímulos aversivos de la vida real, tanto mayor será la ansiedad experimentada y por tanto el potencial de extinción aumentará. Muchas de las claves que se han demostrado eficaces en la terapéutica implosiva tenían interés psicodinámico, por ejemplo, la culpa, los conflictos sexuales, el miedo al daño corporal o al rechazo, y las manifestaciones de agresión.

El razonamiento que apoya este método es muy parecido al que sirve de base a la desensibilización sistemática: el paciente continúa exhibiendo conductas inadaptadas de evitación o defensa porque así impide una gran parte de la ansiedad provocada por enfrentarse a la realidad. No es posible que se produzca extinción si no hay un contacto con los estímulos temidos. La diferencia entre la terapéutica por implosión y la desensibilización sistemática consiste en la forma de presentar los estímulos temidos que producen ansiedad; en la desensibilización, los estímulos temidos se presentan de manera gradual, y paralelamente se logra una relajación profunda que contrarresta los efectos de la ansiedad. En la terapéutica por implosión, los estímulos aparecen de golpe y de forma repetida, intentando que induzcan ansiedad. Un estudio comparativo de ambos sistemas sugiere que la implosión es más eficaz en los agorafóbicos (Marks y cols., 1970).

Jerarquía para un caso de frigidez

«Hacer manitas» en el sofá.
Abrazos con el marido.
Caricias en el pecho a través del vestido.
Ir al dormitorio.
Tumbarse juntos y vestidos.
Desnudarse junto con el marido.
Ver el pene del marido.
Tumbarse juntos, desnudos.
Acariciarse uno a otro, desnudos.
Notar el pene en los muslos.
El pene toca la vagina.
Introducción completa del pene.
Acto sexual completo.

Jerarquía para un caso de ansiedad ante los exámenes

Un mes antes del examen.
Una semana antes del examen.
Estudiar cuatro días antes del examen.
Dos días antes del examen.
Noche de la «empollada» antes del examen.
Mañana del examen.
Ir al examen.
Entrar en la sala de examen.
Distribución de las preguntas del examen.
Leer la primera pregunta del examen.
Contestar las preguntas del examen.

No existe ninguna jerarquía que sirva para todos los pacientes. Cada paciente necesita una lista hecha a medida, la cual refleje gráficamente sus propios problemas causantes de la ansiedad. Especialmente dentro de la esfera sexual, en la que las idiosincrasias individuales y las situaciones son tan variadas, resulta imposible elaborar una jerarquía de pasos constante y absoluta. El orden de la continuidad de los pasos variará mucho de persona a persona. Para algunos pacientes, es suficiente con una serie breve de pasos, que superan rápidamente, mientras otros requieren listas amplias y detalladas por las que van avanzando a pasitos cortos y con precaución. Si en algún momento el terapeuta se encuentra en un punto muerto, una de las mejores formas de resolverlo consiste en subdividir el ítem en varios subpasos, y reducir de esta forma el incremento de ansiedad. Por ejemplo, en el caso de frigidez visto anteriormente, en lugar de proponer el ítem "Acariciarse uno a otro, desnudos", se puede sustituir por otros de este estilo: "Besos en la cara y en el cuello", "besarse uno a otro las orejas", "tocarse los muslos uno a otro", "caricias en el pecho", "besos en el pecho" y "caricias en la vagina".

La desensibilización no debe usarse como si fuera una receta de cocina, ni emplearse en cada caso en que aparezcan problemas de ansiedad o evitación. Antes de empezar un tratamiento de desensibilización, el clínico debe realizar un análisis del problema en términos de conducta y decidir, junto con el paciente, los objetivos racionales de la terapéutica. En algunos casos la ansiedad es producida por símbolos y no por situaciones concretas. Por ejemplo, un paciente que tiene miedo a quedarse dormido es muy posible que necesite una lista jerárquica centrada en el tema de la muerte. Una persona que tiene miedo de encontrarse entre una multitud y en reuniones sociales, quizá en realidad tema que otras personas la observen, la critiquen y la rechacen. Debemos recordar que el hombre es una especie manipuladora de símbolos. Los procesos cognoscitivos más elevados juegan un importante papel filogenético en la conducta humana y estarán implicados en cualquier terapéutica de la conducta, en mayor o menor grado. En el futuro será necesario identificar estos procesos cognitivos y simbólicos, así como valorar de qué forma interactúan con los acontecimientos del ambiente e influyen sobre la conducta. En la desensibilización, la serie de pasos jerárquicos tiene que tener en cuenta la fuente real de la ansiedad, y por tanto habrá de considerarse el "significado" que el estímulo temido tiene para el paciente.

En otros casos, la ansiedad no habrá de aminorarse con la relajación, sino más bien, al contrario, habrá de superarse gracias a una respuesta más adecuada socialmente, como pueda ser la autoafirmación. Un ejemplo puede constituirlo un hombre que se siente angustiado en su trabajo cuando sus compañeros le intimidan. El tratamiento indicado en este caso es el adiestramiento asertivo o de autoafirmación (ver Capítulo X) y no la desensibilización sistemática. A veces, para obtener mejores resultados, será conveniente combinar ejercicios de autoafirmación y una desensibilización sistemática, como en el caso de una persona que tiene miedo de hablar en público. Incluso si una persona tiene "verdadera" ansiedad en situaciones sociales, si en su repertorio no se hallan ciertas respuestas importantes de tipo verbal y social (quizás nunca las aprendió), toda la desensibilización del mundo no logrará hacerle sentirse completamente cómodo y capaz de tratar con grupos. Necesitará aprender estas respuestas, habrá que enseñárselas, y los ejercicios de autoafirmación serán una de las mejores formas de alcanzar este objetivo. Es evidente que la elección de la terapéutica adecuada en cada caso es de suma importancia.

El *Sr. Esterhazy*, profesor de universidad de 35 años de edad, se sentía gravemente angustiado cada vez que tenía que hablar en reuniones profesionales. La ansiedad empezó a manifestarse inmediatamente después de una reunión de alumnos, que él presidió, y en la que estuvieron presentes varias figuras, muy conocidas, de la vida política nacional. La ansiedad se hizo extensiva a las conferencias que tenía que dar en clase y a las reuniones de profesores, a las que estaba obligado a asistir. El desasosiego alcanzaba su grado máximo en los casos en los que debía asumir la responsabilidad de presentar algún tema, bien en sus clases o cuando leía alguna ponencia en congresos profesionales. La ansiedad disminuía cuando él no era "la figura", por ejemplo, cuando era un estudiante el que dirigía una discusión en clase o cuando podía mantenerse pasivo y escuchando en las reuniones de profesores.

Era capaz de continuar trabajando, pero se sentía muy molesto y receloso. Cada mañana era una prueba para el señor Esterhazy; su angustia aumentaba según se iba acercando al aula en la que enseñaba. Los tranquilizantes apenas le sirvieron de nada, y después de intentar en vano superar su miedo durante seis meses, se decidió por la terapéutica. No existía ninguna prueba de que el paciente obtuviera gratificaciones secundarias que contribuyeran al mantenimiento de los síntomas; entonces se eligió, como técnica de tratamiento más adecuada, la desensibilización sistemática.

Para elaborar una serie jerárquica de escenas evocadoras de ansiedad:

> Debieran incluirse cinco escenas diferentes, que procedieran desde las menos angustiosas para el paciente (como «asistir a una reunión de la junta») hasta la que más ansiedad produce (como «dar una conferencia en su clase») ..... pase a la página 151.

> Se debieran incluir unas 20 escenas: por ejemplo, una situación general como la de dar una conferencia en la clase, se dividiría en varias escenas más pequeñas ..... pase a la página 149.

Algunos pacientes se quejan de la ansiedad que les producen ciertas situaciones, pero cuando se examinan más de cerca las circunstancias y se valora cuidadosamente el problema (a veces incluso entrevistando a otros miembros de la familia), se descubre su etiología interpersonal. Con estos pacientes, muchos de los cuales convencionalmente serían diagnosticados como agorafóbicos, la fuerza motivadora más importante es el reforzamiento positivo que, a causa de su "fobia", reciben de otras personas que para ellos son importantes. Por ejemplo, un marido puede, inadvertidamente (o por razones de su propia economía psicológica), responder con simpatía, afecto e incluso con su presencia constante ante las quejas de su esposa de que no puede salir sola. La conducta de la esposa de "hablar sobre su ansiedad" queda reforzada por la compañía protectora de su esposo. El tratamiento aquí debiera dirigirse hacia la terapéutica de la pareja, así como a enseñar al marido a reforzar las conductas más adaptativas e independientes de su esposa, haciendo que las contingencias de reforzamiento se mantengan al margen del problema.

Lo comprendió usted. Es necesario construir muchas escenas para completar pequeños detalles gráficos dentro del contexto de la escena general, por ejemplo, el señor Esterhazy dando una clase. Y ello por varias razones; es necesario a) para maximizar las imágenes, b) para facilitar la transferencia a las situaciones de la vida real, y c) para evitar que se produzcan incrementos excesivos de ansiedad entre los diversos pasos de la serie. Si el aumento de ansiedad en un paso es demasiado grande, la relajación se acabará y el progreso quedará bloqueado.

La serie de pasos que se usó en la realidad con el Sr. Esterhazy fue la siguiente, empezando por las escenas que provocaban menor ansiedad:

1. Escuchar en una reunión de la junta de profesores.
2. Hablar en una reunión de la junta de profesores.
3. Tener una entrevista con su inmediato superior:
   a. en su propio despacho,
   b. en el despacho del superior.
4. Tener una entrevista conjunta con varios colegas, colaboradores de investigación.
5. Formar parte de un tribunal en el examen oral de un estudiante de tercer ciclo de Universidad (postgraduado).
6. Hacer preguntas a ese mismo estudiante en un examen oral.
7. Presentar su investigación ante un seminario de su departamento.
8. Presentarla ante un seminario interdepartamental.
9. Dar una conferencia en una reunión de profesionales:
   a. preparar la conferencia,
   b. revisión de las notas la noche anterior a la conferencia,
   c. prepararse para la conferencia: levantarse, vestirse, desayunar, etc.,
   d. entrar en la sala en la que se va a dar la conferencia,
   e. charlar con personas conocidas que estén en la reunión,
   f. esperar su turno, hasta que le toque leer su conferencia,
   g. ser presentado, antes de exponer la conferencia (este paso puede subdivirse aún más).
10. Moderar una discusión en su clase, siendo un estudiante el responsable de la presentación del tema.
11. Dar una conferencia en clase:
    a. preparar la conferencia,
    b. revisar las notas la noche anterior,
    c. prepararse para la conferencia: levantarse, vestirse, desayunar,
    d. dirigirse a la universidad,
    e. entrar en el edificio,
    f. subir las escaleras, hacia la clase,
    g. entrar en la clase,
    h. saludar a los estudiantes reunidos,
    i. esperar a que llegue el resto de los alumnos,
    j. presentar el tema de discusión y relacionarlo con lo anteriormente expuesto en el curso,
    k. dar la conferencia basándose en las notas, utilizar la pizarra, los alumnos hacen preguntas, contestar a las preguntas de los alumnos, etc.,
    l. terminar la conferencia y dar la clase por terminada.

Usted constituiría una serie jerárquica de cinco escenas evocadoras de ansiedad. En general, el enfoque es correcto, pero al elaborar un número reducido de escenas sólo estamos empezando el trabajo de la fabricación de la serie jerárquica necesaria.

Es imprescindible tener en cuenta los pequeños detalles de estas escenas y subdividirlas en pasos pequeños y progresivos respecto a la dimensión de la ansiedad. También es recomendable intercalar escenas que temporalmente tienen lugar entre las escenas de mayor importancia. Por ejemplo, nos gustaría que el señor Esterhazy se imaginara a sí mismo yendo hacia el trabajo, algo que ocurre entre la imagen de sí mismo esa mañana en casa y más tarde en la clase. La relajación es suficiente para contracondicionar una ansiedad leve, pero si la ansiedad es muy fuerte a causa de que los pasos son demasiado grandes, la ansiedad superará a la relajación y el progreso será nulo.

Vuelva a la página 147 y escoja la otra respuesta.

Se han empleado con bastante éxito algunas variaciones del proceso básico de desensibilización. La hipnosis puede producir relajación en aquellas personas que tienen dificultades para relajarse siguiendo el procedimiento normal. Algunos terapeutas consideran útil emplear dosis subanestésicas de ciertos barbitúricos de acción breve para conseguir la desensibilización, puesto que esta droga produce una relajación más profunda y rápida, y posee efectos antidepresivos primarios por sí misma. Sin embargo, a causa de las extrañas reacciones alérgicas a los barbitúricos, este método debería emplearse sólo en hospitales, no siendo muy adecuado en la situación habitual del paciente ambulatorio.

Otra variante es la llamada desensibilización "in vivo", técnica en la que el paciente queda expuesto a las situaciones reales que le causan ansiedad, en lugar de imaginárselas. También en este caso la serie jerárquica es imprescindible y el terapeuta guía al paciente a través de sus pasos sucesivos y graduales. Es posible usar relajación en las situaciones de la vida real, pero a menudo la relación confiada y reconfortante con el terapeuta es suficiente para superar la ansiedad. La desensibilización "in vivo" probablemente es la causa de muchas de las mal llamadas remisiones espontáneas, en las que una persona se libera de la ansiedad exponiéndose a pequeños incrementos de la misma de una forma gradual. La desensibilización "in vivo" se ha usado con notable éxito en algunos casos de agorafóbicos: el terapeuta conduce al paciente hacia distancias cada vez más alejadas del hospital o de la casa, al mismo tiempo que procura mantener la relajación. En un caso, el terapeuta acompañó al paciente en el "metro" y al cabo de diez sesiones se había superado un miedo a los túneles que duraba siete años.

La desensibilización también puede hacerse con grupos de personas que tengan todas el mismo problema de evitación. Se prepara una serie de escenas comunes y el grupo va avanzando al ritmo del más lento. Con grupos puede usarse relajación o el sistema "in vivo", aunque en este último procedimiento los miembros del grupo pueden servir de guías mutuos con lo que se logra el mismo grado de eficacia y se economiza el tiempo del terapeuta.

Ha de quedar muy claro que cada paciente necesita una serie jerárquica hecha a su medida, aun cuando ciertos elementos de la serie que se refieran a un problema frecuente (por ejemplo, el miedo a los exámenes o a ser criticado y observado en público) pueden usarse para individuos diferentes. Algunas de estas series más frecuentes se encuentran en el libro de Wolpe y Lazarus *Behavior Therapy Techniques.*

La serie de escenas puede sufrir modificaciones según avanza el proceso de desensibilización, especialmente cuando un paso ha de ser subdividido en otros varios a fin de enfrentarse a una ansiedad muy intensa. *Cada paso ha de repetirse cuantas veces sea necesario, hasta que el paciente no experimente ninguna ansiedad durante su presentación.* Sólo en ese momento el terapeuta puede presentar la escena siguiente de la serie.

En el caso del señor Esterhazy, una vez se completó la serie y llegó a dominar una relajación muscular profunda, fueron necesarias un total de ocho sesiones para recorrer toda la serie y obtener una remisión total de la ansiedad. Un año después del tratamiento seguía libre de toda ansiedad y actuaba perfectamente sin ningún otro síntoma.

RESUMEN DEL CAPÍTULO IX

1. La desensibilización sistemática es un método muy útil en el tratamiento de los problemas de evitación mantenidos por la ansiedad. Especialmente las fobias son susceptibles de ser tratadas así.

2. La desensibilización del miedo o de la ansiedad tiene lugar cuando el paciente aprende a sustituir por una relajación profunda la ansiedad producida en presencia imaginada de las escenas o situaciones temidas.

3. La relajación es una respuesta incompatible con la sensación de ansiedad.

4. La ansiedad queda contracondicionada cuando se presenta sistemáticamente una serie de escenas, ordenadas de menor a mayor en cuanto al grado de ansiedad que producen, a la vez que el paciente permanece profundamente relajado.

5. Las series jerarquizadas han de ser individuales, a fin de satisfacer las necesidades de cada paciente.

6. Se puede lograr la desensibilización mediante un barbitúrico de acción breve o por hipnosis. Ambos métodos contribuyen a producir relajación. También puede hacerse que el paciente verifique la realidad de sus temores, de forma gradual, en situaciones de la vida real (desensibilización "in vivo").

7. Algunos problemas basados en la ansiedad requieren la creación de respuestas nuevas en lugar de relajación (autoafirmación, por ejemplo) en aquellos casos en que el repertorio de conductas sociales del paciente padece graves deficiencias.

10. Terapéutica de la conducta con neuróticos: Adiestramiento asertivo

Los ejercicios asertivos o de autoafirmación consisten en una serie de técnicas de conducta que tienen como objetivo facilitar la autoexpresión al paciente. La autoafirmación es un instrumento terapéutico muy valioso utilizable en aquellos pacientes que tienen dificultades en el momento de expresar un resentimiento o furor justificado y en los que son pasivos y retraídos en situaciones interpersonales. Algunos pacientes inhiben el ser más enérgicos a causa de la ansiedad que experimentan en las situaciones sociales que requieren autoafirmación por su parte. Se les puede ayudar a dominar su miedo enseñándoles respuestas asertivas, puesto que la persona que expresa sus sentimientos con vigor no puede al mismo tiempo sentirse angustiado. En algunos casos es recomendable una cierta preparación para promover la expresión de furor o irritación. En otros casos hay que enseñar al paciente la forma de expresar ciertas emociones, socialmente adecuadas, como la alegría, la tristeza, el afecto y la intimidad o el decir "no" a peticiones poco razonables. Los individuos que pueden beneficiarse de estos ejercicios de autoafirmación son aquellos que quizás *nunca* aprendieron a mostrar alegría o enfado o que incluso han sido castigados —a menudo en la infancia— por su autoafirmación, y por tanto están condicionados a tener respuestas angustiadas o pasivas ante las relaciones interpersonales.

Cuando un terapeuta elige como procedimiento el de los ejercicios de autoafirmación, ha de tener una actitud claramente didáctica ante el paciente. El terapeuta pone de relieve las consecuencias perturbadoras de no saber autoafirmarse, e instruye al paciente, empleando situaciones tanto reales como imaginarias, sobre la forma de mejorar sus expresiones de afecto. Esta enseñanza actúa a base de animar y apoyar al paciente cuando expresa autoafirmación adecuada. El terapeuta, de forma consciente, se presenta a sí mismo como modelo de autoafirmación razonable, y por tanto insta al paciente para que le imite o se identifique con él. El terapeuta también alaba o emplea otros medios sutiles de aprobación ante los esfuerzos del paciente por autoafirmarse, en las sesiones o fuera de ellas. Por supuesto, la efectividad de tales enseñanzas dependen, en gran medida, de la presencia de una relación terapéutica colaboradora y satisfactoria.

Si usted ha tenido alguna experiencia terapéutica no planteada en términos de conducta, reconocerá que parte del trabajo que realiza con los pacientes vale por las prácticas de autoafirmación. Las técnicas y objetivos no son una exclusiva de la terapéutica de la conducta, sino que más bien proceden de distintas terapéuticas que han logrado resultados satisfactorios. Los terapeutas de la conducta simplemente han definido los objetivos deseados de forma más explícita, y han trabajado de forma más sistemática por conseguirlos. Muchos psicoterapeutas orientados psicodinámicamente instan a sus pacientes para que expresen su hostilidad e irritación hacia ellos: en realidad esto es una forma de ejercicio de autoafirmación. Un estudio que evaluó los resultados de la psicoterapia, sugirió que el aprendizaje de la autoafirmación puede ser uno de los más importantes ingredientes de la mejoría clínica. Storrow y Spanner (1962) llegaron a la conclusión de que aquellos pacientes que reciben una "psicoterapia breve no intensiva, y que se les describe como más dominantes después de la terapia, también tienden a autodescribirse como mejorados".

Otra técnica utilizada en el adiestramiento de la autoafirmación consiste en asumir papeles o ensayar conductas. En este caso el terapeuta asume el papel, bien de una persona con respecto a la cual el paciente en la vida real está intentando autoafirmarse, bien el del propio paciente, y demuestra la autoafirmación deseada. Por ejemplo, cierto profesor tenía problemas a la hora de responder a las críticas que le hacían algunos padres por teléfono. El terapeuta implicó al profesor en un ensayo de conductas en el cual el propio terapeuta utilizaba un teléfono del despacho y el paciente el otro; practicaron respuestas diferentes y más asertivas frente a la situación problema, cambiando los papeles a menudo.

El terapeuta y el paciente pueden reproducir la situación problemática en la seguridad del despacho e intentar diversas interacciones, hasta encontrar una que parezca útil para el paciente. La situación puede descomponerse en sus diversas partes y después reconstruirla gradualmente, utilizando el principio del aprendizaje llamado "modelado". En la medida en que el paciente se va acercando a la respuesta deseada, recibe reforzamiento social por parte del terapeuta en forma de aprobación y enardecimiento. La reproducción de conductas puede emplearse también en terapéutica familiar y de grupo. La eficacia del psicodrama como método terapéutico reside en su forma de estructurar ciertas oportunidades en las que el paciente aprende a comportarse de forma más adaptada; el psicodramaturgo proporciona reforzamiento social por la conducta en cuestión, y los pacientes que están observando el proceso pueden imitar las escenas que resulten significativas para sus propios déficits de conducta.

Los principios del aprendizaje inherentes a los ejercicios asertivos son:

A. Extinción de las respuestas de ansiedad asociadas con la conducta asertiva.

B. Castigo por la falta de autoafirmación.

C. Reforzamiento diferencial ante la autoafirmación socialmente apropiada.

D. Reforzamiento negativo de la ansiedad.

E. Aprendizaje de la autoafirmación por medio de la imitación.

Si todas las frases anteriores son correctas ... pase a la página 163.
Si A, C y E son correctas ..... pase a la página 165.
Si B y D son correctas ..... pase a la página 167.

Usted piensa que la práctica asertiva abarca todos los principios del aprendizaje expuestos en la página 161. Tiene usted razón en parte. Quizás los principios básicos no están demasiado claros todavía para usted. Vamos a repasar el significado específico de cada uno de los principios mencionados.

A. Extinción de las respuestas de ansiedad relacionados con la conducta asertiva. El terapeuta no es punitivo cuando el paciente se autoafirma, y la ansiedad, de este modo, disminuye lentamente.

B. Castigo por la falta de autoafirmación. El terapeuta aplica un estímulo aversivo (verbal o físico) cada vez que el paciente no logra afirmarse; la ansiedad aumenta en la situación terapéutica y el paciente tiene menos posibilidades de dar una respuesta.

C. Reforzamiento diferencial ante la autoafirmación socialmente adecuada. El terapeuta refuerza la conducta que se va aproximando al grado y cualidad de la autoafirmación.

D. Reforzamiento negativo de la ansiedad. El nivel de ansiedad aumenta al eliminar un estímulo nocivo en el momento en que la ansiedad se presenta.

E. Aprendizaje de la autoafirmación por medio de la imitación. Las conductas importantes mostradas por el terapeuta son aprendidas por el paciente. Este proceso también ha recibido el nombre de identificación.

Ahora, ¿sabe usted ya cuál de estos principios se aplican a la autoafirmación? Si ha escogido usted los principios A, C y E está usted en lo cierto. Si todavía no lo tiene demasiado claro, vuelva a leer los Capítulos III, V, VI y VIII de la parte I.

Ahora pase a la página 171.

Comprendió usted perfectamente que el aprendizaje de la autoafirmación implica: 1) el reforzamiento positivo y diferencial de la autoafirmación, 2) la extinción de la ansiedad, anteriormente asociada con la autoafirmación y 3) el aprendizaje por imitación (identificación) de la asertividad del terapeuta.

Como usted sabe, las consecuencias de la conducta determinan en gran parte su curso futuro. En el caso de la autoafirmación, cuando el paciente expresa sus sentimientos de forma apropiada, recibe como respuesta la aprobación del terapeuta y en ningún caso sus medidas represivas (que posiblemente han sido las respuestas emitidas por personas importantes para el paciente en la vida real y que le han conducido a experimentar ansiedad y a suprimir su autoafirmación). Cuando la autoafirmación no va seguida de ninguna medida punitiva, la ansiedad se extingue, y al mismo tiempo el reforzamiento positivo y el ejemplo proporcionados por el terapeuta van modelando la conducta hacia formas más adaptadas.

Para que este método consiga los mejores resultados, es necesario que el paciente experimente esta misma secuencia de consecuencias con las personas de su entorno. Para posibilitar al máximo la generalización de la autoafirmación a situaciones ajenas a la consulta, el terapeuta marca los pasos que han de seguir los intentos de autoafirmación e instruye al paciente para que no vaya más allá de donde se ha llegado en la terapéutica. Para evitar posibles consecuencias negativas fuera de la situación terapéutica, el terapeuta debe definir cuidadosamente la autoafirmación socialmente apropiada y no dar reforzamiento positivo cuando la autoafirmación sea excesiva. El objetivo es que el paciente sea asertivo sin ser una fuente de continuos roces.

Ahora pase a la página 171.

Eligió usted las frases B y D como descripciones de los principios implicados en la práctica de la autoafirmación. Aunque el castigo y el reforzamiento negativo son principios fundamentales del aprendizaje, no son operativos en la autoafirmación. De hecho, el paciente que experimenta ansiedad en las situaciones en las que debería mostrarse asertivo es muy probable que haya sido castigado en el pasado por personas importantes para él, cada vez que intentaba autoafirmarse y esta sea la causa de que haya desarrollado la ansiedad. El terapeuta intenta hacer este proceso reversible empleando justamente otros procedimientos. Si castiga al paciente por su falta de afirmación, no conseguirá nada más que aumentar la ansiedad del mismo en presencia del terapeuta. Puesto que el reforzar negativamente la ansiedad sólo sirve para aumentar en el futuro esa misma ansiedad, no es de esperar que este mecanismo sea inherente a la práctica de la autoafirmación. Recuerde que el reforzamiento negativo se define como el aumento de una conducta, que tiene lugar cuando el individuo consigue escapar o evitar sus consecuencias aversivas. En realidad son las respuestas asertivas y no la ansiedad las que quedan negativamente reforzadas por este procedimiento, porque cuando el paciente aprende a expresarse con más fuerza, puede evitar el ser explotado, humillado y menospreciado.

Vuelva a la página 161 y elija otra respuesta.

RESUMEN DEL CAPÍTULO X

1. El adiestramiento asertivo o de autoafirmación comporta una serie de técnicas interpersonales que tienen por objetivo enseñar al paciente a expresar con mayor eficacia sus sentimientos.

2. Comportarse de forma asertiva es algo incompatible con el sentimiento de ansiedad; por tanto, los pacientes que han aprendido a expresar cólera y a reafirmarse en sus derechos y deseos, no vuelven a experimentar ansiedad en situaciones sociales.

3. Los principios del aprendizaje que subyacen a las prácticas asertivas son:

a. Extinción de las respuestas de ansiedad en las situaciones sociales.
b. Reforzamiento positivo y diferencial de las expresiones, socialmente apropiadas, de autoafirmación.
c. Imitación de respuestas asertivas.

11. La psicoterapia verbal tradicional como terapéutica de la conducta

El propósito de esta sección es familiarizar al terapeuta que tiene una orientación dinámica con algunos aspectos conductistas de su propio trabajo. Dado que la terapéutica "intimista" es una experiencia de aprendizaje tanto para el paciente como para el terapeuta, el terapeuta perspicaz es ya consciente de su potencial como reforzador o, lo que es lo mismo, de su influencia personal. Un tal terapeuta puede llegar a ser más consciente y sistemático en sus respuestas a la conducta del paciente, a fin de catalizar cambios beneficiosos.

Se ha dicho que un terapeuta cambia al paciente sin influenciarle. Examinemos esta paradoja por medio del siguiente ejemplo:

Rhona, una jovencita de 15 años, había sido hospitalizada porque se había escapado de casa y llevado a cabo actos sexuales. Después de un corto período de "luna de miel", su conducta en el hospital se hizo muy ruidosa y difícil de controlar. Se escapó varias veces y burlaba al personal del hospital, mostrándose sexualmente provocativa con los pacientes varones. Su terapeuta empleó su relación con la paciente para señalar su falta de autocontrol e interpretar su conducta sexual improcedente, procurando no hacer juicios de valor y ser tolerante. Con todo ello sólo se consiguió que la conducta empeorara, con la consiguiente irritación de las enfermeras y ayudantes. Estaban a punto de enviarla a una institución más severa, cuando el equipo del hospital decidió emplear otros métodos con ella.

Por una parte, se establecieron límites muy severos y cualquier conducta improcedente tenía como consecuencia ciertas restricciones en la libertad de movimientos y en otros privilegios del hospital. Por otra parte, el psiquiatra de Rhona prestaba considerable atención a las conductas que eran apropiadas para su edad, como ir a las clases del hospital, y participar en actividades sociales programadas y supervisadas.

En lugar de clarificar las raíces intrapsíquicas e infantiles de su conducta, el médico de Rhona se centró en el "aquí-y-ahora", revisando sus actividades y sentimientos de cada día. Más aún, el terapeuta indicaba su aprobación e interés en sus intentos de participar en las actividades del hospital y en sus planes concretos, inmediatos y futuros. Cuando las contingencias de la atención del médico cambiaron de sig-

no, Rhona empezó a cambiar rápidamente, y al cabo de los dos meses fue dada de alta y devuelta a su casa y escuela.

La mejoría de Rhona fue resultado de:

Su impulso intrínseco hacia la autorrealización, que fue fomentado en el primer período de hospitalización, cuando el personal se mostraba benevolente y comprensivo .... pase a la página 177.

La respuesta diferencial ante su conducta inadaptada y adaptada — castigo y reforzamiento positivo respectivamente — dada por su terapeuta y el personal del hospital .... pase a la página 175.

Ciertas investigaciones llevadas a cabo por el autor ponen de relieve la existencia de leyes que regulan la influencia del terapeuta sobre la conducta del paciente. Este estudio (Liberman, 1970) se llevó a cabo con dos grupos de pacientes ambulatorios, no psicóticos. Un terapeuta se preparó para reforzar sistemáticamente (mediante el uso de mecanismos de atención reales como parafrasear, hacer aclaraciones o indicar aprobación) las expresiones de cohesión entre los miembros del grupo. El grupo de control o comparación era llevado por un terapeuta que dirigía de forma más intuitiva, según la dinámica del propio grupo. El grupo experimental, debido a su enfoque, alcanzó una cohesión mucho mayor así como mejoras relacionadas con la personalidad y los síntomas de los pacientes. Sin embargo, los dos grupos experimentaron una relación positiva similar entre el terapeuta y los miembros del grupo, lo cual indica que un terapeuta influye sobre la conducta del grupo aun cuando no sea consciente de ello.

REFORZAMIENTO + INDUCCIÓN A LA COHERENCIA
CATEGORÍAS IPA 1+3

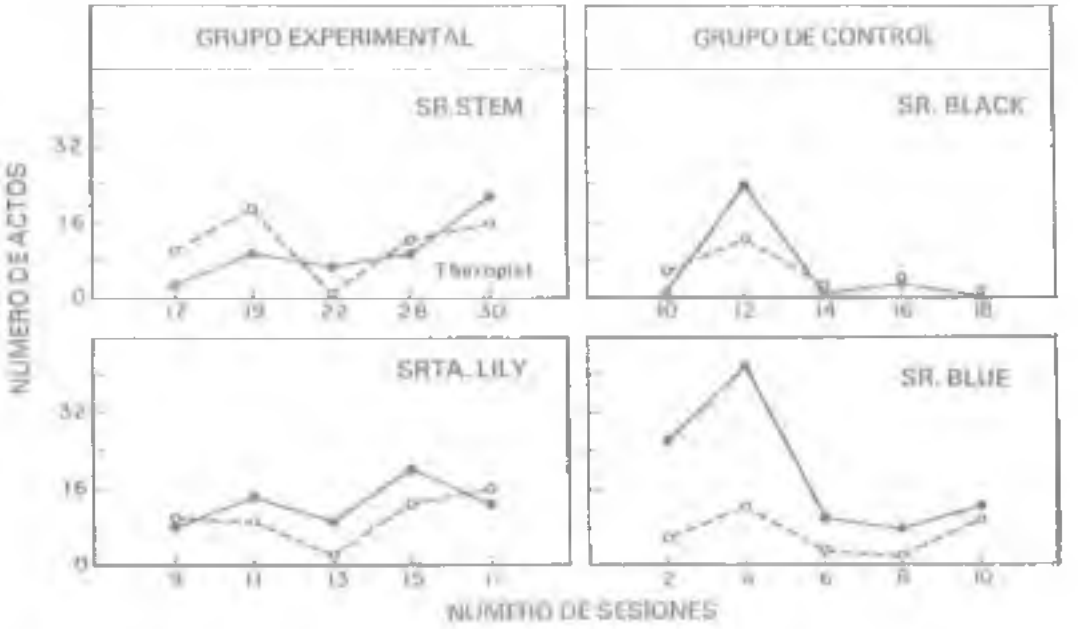

Fig. 6. (Liberman, R. P. "A Behavioral Approach to Group Dynamics" (*Behavior Therapy* 1970, Vol. 1, pág. 164. Academic Press, New York, 1970).

En la figura n.º 6 se muestra la estrecha correlación entre la inducción del terapeuta y el reforzamiento de la cohesividad y las respuestas de los pacientes en esta dimensión. La influencia del terapeuta sobre los miembros del grupo aparece tanto si los datos se refieren a un individuo como si se refiere al grupo en general, como un todo.

Percibió usted correctamente que la mejoría de Rhona era un resultado de la aplicación diferencial de premios y castigos a su comportamiento adaptado o inadaptado. Es usted capaz de reconocer la relación funcional entre conducta y consecuencias ambientales. Cuando los actos anómalos de Rhona eran gratificados con atención, ella no se sentía motivada para cambiarlos. Cuando se puso en claro que sólo podía conseguir atención y privilegios cambiando de actuación, empezó a responder inmediatamente a las nuevas contingencias.

Este caso contribuye a comprender que, para bien o para mal, nuestros pacientes responderán a las contingencias que nosotros (lo sepamos o no) establezcamos. Así, aunque es conveniente un cierto grado de acaptación, empatía y atención incondicionada, para establecer una buena relación terapéutica, estas atenciones no deben prodigarse de tal forma que gratifiquen las conductas no deseadas. Está claro que, en el caso de Rhona, ésta experimentaba la permisividad y cálida atención del personal como una recompensa de su mala conducta.

El punto de vista conductista de una psicoterapia bien llevada subraya la importancia de dos fases del proceso. En primer lugar es necesario que exista una alianza terapéutica positiva entre paciente y terapeuta para posibilitar que este último funcione como reforzador social. A menos que el paciente respete y tenga cierto afecto al terapeuta, éste apenas ejercerá influencia alguna sobre la conducta del paciente. La segunda fase de la terapéutica conlleva la idea de que el terapeuta ha de *utilizar* esta relación de forma contingente y sistemática para ayudar al paciente a modificar sus respuestas ante los estímulos. Estos estímulos pueden ser internos, como los sentimientos sexuales de Rhona, o externos, como la presencia de pacientes varones o del personal ante quienes podía "lucirse". El terapeuta que piensa en términos de conducta, usará conscientemente su interés, aprobación y preocupación, de forma sutil, para conducir gradualmente al paciente hacia los objetivos terapéuticos deseados. El terapeuta de orientación conductista difiere de su colega en que escoge objetivos específicos y trata de llegar a ellos usando consistentemente su relación terapéutica con el paciente, mientras que el terapeuta de orientación dinámica actúa de forma más convencional e intuitiva y menos directa.

Aunque es posible que Rhona tuviera cierto impulso hacia la autorealización, éste no se manifestó mientras el entorno fue tolerante y aceptó su conducta totalmente. De hecho, mientras recibió tolerancia y aceptación total por parte de su terapeuta y del personal, su conducta empeoraba.

Ferster (1963) ha explicado en qué consiste el fallo terapéutico de un ambiente totalmente tolerante, de la siguiente forma:

> Si se acepta todo y se reacciona del mismo modo ante todas las conductas, se está privando a la persona en cuestión de la oportunidad de diferenciar entre conductas adaptadas y desadaptadas. La persona que demuestra cariño total en todas las ocasiones está actuando como si en lo que la otra persona hace no hubiera diferencia alguna.

Vuelva a leer el caso de Rhona y elija la respuesta correcta.

Extracto de un artículo, escrito por Carl R. Rogers, "Some Issues Concerning the Control of Human Behavior: A Symposium", en la revista *Science*, n.° 124, 1956, págs. 1057-1066:

> En la terapéutica centrada en el paciente, estamos profundamente comprometidos en la predicción de la conducta, en influirla e incluso en controlarla. Como terapeutas, establecemos ciertas condiciones respecto a las actitudes, y el cliente apenas tiene voz en el establecimiento de dichas condiciones. Nosotros predecimos que si estas condiciones se establecen, ocurrirán algunos cambios en la conducta del cliente.*

* Reproducido con autorización de la "Asociación americana para el progreso de la ciencia", Washington, D. C. Tomado de C. R. Rogers y B. F. Skinner, "Some Issues Concerning the Control of Human Behavior: a Symposium", en *Science*, Vol. 124, págs. 1057-1066, 30 de noviembre de 1956.

Uno de los medios más importantes que emplea el terapeuta de orientación psicodinámica para facilitar los cambios de conducta, consiste en centrar su simpatía, interés, alabanzas y preocupaciones en determinadas conductas realizadas o referidas por el paciente. Según el paciente habla de sus sentimientos, expresa sus emociones y profundiza en las raíces históricas de su problema, el terapeuta responde más ante unos aspectos de su conversación que ante otros. El paciente aprende cuáles son las respuestas que, con mayor probabilidad, producirán una respuesta en el terapeuta. Las respuestas del terapeuta —sea en forma de clarificación, interpretación o formas sutiles de interés y preocupación— pueden reforzar selectivamente las conductas del paciente. El proceso de reforzamiento puede conducir al paciente hacia unas formas más apropiadas de expresión de sus sentimientos o a una profundización mayor.

Esta "profundización" puede describirse como una forma de aprendizaje verbal en el que se enseña al paciente a comprender y etiquetar su conducta de acuerdo a la forma en que el propio terapeuta la entiende. Ciertas investigaciones han demostrado que los pacientes tratados por terapeutas de escuelas diferentes, cuando finalizan sus tratamientos, tienen una visión que concuerda en gran manera con la de la "escuela" de su terapeuta (Heine, 1953). Estas coincidencias en terminología se derivan de que el paciente imita las interpretaciones de su terapeuta y esto es reforzado explícita o implícitamente por la aprobación del mismo terapeuta.

El paciente, antes o después, intentará aplicar lo que ha aprendido en las sesiones a su entorno en la vida real; si ha aprendido métodos mejores de enfrentarse a situaciones interpersonales, éstos, a su vez, serán reforzados por otras personas al margen de la terapia. Los terapeutas particularmente bien dotados irán organizando los temas tratados en la terapia en secuencias tales que el paciente pueda, *gradualmente*, adoptar nuevas formas de interacción, que serán gratificadas en la vida real, fuera del tratamiento. Estos terapeutas tendrán sumo cuidado en que el paciente no dé pasos en el vacío al adoptar nuevas formas de conducta, puesto que puede crear torpezas en el paciente cuando éste intenta relacionarse con otras personas en una nueva forma. Esta torpeza puede incluso ser ofensiva para los demás, que darán respuestas frías o de rechazo, con lo cual se convierte el proceso en un ciclo de autofrustración. De este modo vemos que el principio del aprendizaje llamado "modelo" juega un importante papel en el posible éxito de una terapéutica.

A lo largo del camino que lleva a la incorporación de conductas nuevas, el paciente puede llegar a preguntarse a sí mismo cómo espera el terapeuta que él se comporte. Este tipo de prueba verbal:

> Utiliza las expectativas del terapeuta aprendidas en la terapia como estímulos discriminativos y es deseable ..... pase a la página 183.

> Es antiterapéutico, puesto que el paciente puede llegar a hacer cosas sólo para agradar al terapeuta y no por sí mismo ..... pase a la página 185.

Extracto de un trabajo titulado "Theories of Learning and the Psychotherapeutic Process", de Judd Marmor, publicado en la revista *British J. Psychiatry*, 1966, n.° 112, págs. 363-366:

> Lo que sucede en una psicoterapia eficaz es un proceso único de aprendizaje en el que el terapeuta emplea su particular marco teórico de referencias como base racional para explicar el pasado del paciente y sus problemas actuales, y, por medio de claves verbales y no verbales, utiliza el instrumento de su cálida simpatía y la importante relación humana establecida como medio de ayudar a su paciente a persistir en la difícil tarea de combatir sus ansiedades, superar sus resistencias, y aprender formas más maduras de adaptación... las reacciones verbales y no verbales del terapeuta funcionan como reforzadores negativos y positivos para el paciente, favoreciendo ciertos tipos de respuestas y desfavoreciendo otras. Lo que acaece durante el proceso es un tipo de aprendizaje condicionado en el que la aprobación o desaprobación manifiesta o encubierta del terapeuta — expresada por medio de sus reacciones no-verbales y sus confrontaciones verbales según lo que él interpreta como neurótico o sano — actúan como claves o estímulos condicionados de premio y castigo. La aprobación explícita o encubierta del terapeuta funciona como un reforzamiento positivo ante las formas más «maduras» de reaccionar, mientras que su desacuerdo implícito o explícito tiende a inhibir las pautas menos «maduras».
>
> Todo lo dicho no debe ser mal interpretado como una negación de la superior importancia, dentro de la transacción terapéutica, del interés genuino del terapeuta por el bienestar del paciente y de la creencia en su valor fundamental como ser humano. Sin embargo, puede ser útil para hacer una distinción clara entre tal *aceptación* básica del paciente y la *aprobación* de su conducta.*

* Reproducido con autorización del autor y de *The British Journal of Psychiatry*. Tomado de Judd Marmor, "Theories of Learning and the Psychotherapeutic Process" en el *British Journal of Psychiatry*, Vol. 112, págs. 363-366, 1966. London.

Muy bien. Recordaba usted lo que habíamos comentado en el Capítulo VII respecto a los estímulos discriminativos. Decíamos que un estímulo discriminativo señala el momento o el lugar en el que se presenta o se suprime el reforzamiento. Al repetirse a sí mismo lo que el terapeuta puede esperar de él, el paciente anticipa la aprobación imaginada (reforzamiento) que conseguirá (de forma directa en la terapia o indirectamente en su imaginación) por parte del terapeuta cuando haga algo "correcto" o "maduro". Este proceso de aprendizaje de la discriminación en el que el terapeuta se convierte en un estímulo discriminativo interiorizado, es similar al proceso de socialización en la infancia, en el que los padres, los compañeros, los profesores y los héroes culturales adquieren las propiedades de estímulos discriminativos.

El aprendizaje de la discriminación es deseable y no debemos engañarnos a nosotros mismos renunciando al papel de influenciadores de conductas. El negar nuestro papel como agentes de modificación de conductas no va a hacer desaparecer este papel. Un estudio llevado a cabo por Rosenthal (1955) ejemplifica el efecto saludable que tiene la comunicación de valores en psicoterapia. Los pacientes que fueron calificados de "mejorados", cambiaron significativamente en cuanto a los valores sobre sexo, agresión y autoridad, en la misma dirección mantenida por los valores del terapeuta en estas áreas. Por otro lado, aquellos pacientes que "no habían mejorado" tendían a parecerse menos a sus terapeutas en estos valores.

La conciencia y aceptación de este papel de agente que controla la conducta debe conducir al terapeuta, no a sentirse y comportarse como un dios, sino más bien a ser inteligente, sensible y mesurado respecto a los valores que está transmitiendo durante el proceso terapéutico. Esto exige por parte del terapeuta que acepte la responsabilidad de colaborar con el paciente en la formulación y consecución de los objetivos del tratamiento.

Usted cree que la realización silenciosa, llevada a cabo por el paciente, de aquello que el terapeuta probablemente espera de él, es antiterapéutica porque llevaría al paciente a actuar sólo con la finalidad de agradar al terapeuta. ¿Por qué considerar que es antiterapéutico el actuar para agradar al terapeuta? ¿Acaso no es ésta la forma normal en que tiene lugar el aprendizaje? Las acciones que agradan al terapeuta puede que también sean gratas al paciente, a su familia y amigos.

El problema que usted intuye puede ser, sin embargo, muy cierto: el desarrollo de una relación con el terapeuta excesivamente dependiente. Hay que evitar a toda costa tal problema, pero éste se genera mediante una serie de contingencias diferentes del simple imaginar las expectativas del terapeuta. Una forma de crear dependencias es el establecer reglas que impidan al paciente tomar decisiones vitales importantes mientras está haciendo terapia. Otra forma es reforzar positivamente conductas infantiles, o mostrar simpatía indefinidamente ante las quejas del paciente, de tal forma que éste nunca esté preparado para terminar la terapia, o estructurar el tratamiento de forma que su terminación dure años.

Vuelva a la página 181 y lea la respuesta correcta.

Freud era muy consciente del proceso por el cual un terapeuta influye en su paciente. Un objetivo adecuado para todos los terapeutas, sea cual sea su convicción teórica, sería combinar los elementos eficaces subyacentes a los distintos tipos de prácticas terapéuticas, y constituir un conjunto de procedimientos susceptibles de ser transmitidos a fin de ayudar a pacientes particulares con problemas concretos. Todos debiéramos ser flexibles y mostrarnos abiertos a los cambios.

En "Further Recommendations on the Thecnique of Psychoanalisis", *Collected Papers*, Vol. 2, pág. 342. London: Hogart Press, 1948, Freud decía:

> Puesto que mientras escucho, renuncio al control de mis pensamientos inconscientes, no deseo que mi expresión proporcione al paciente indicaciones que pueda interpretar o que puedan influirle en su comunicación.

Y en su obra "On Psychotherapy", *Collected Papers*, Vol. 1, páginas 251-256. New York: Basic Books, 1959, escribió:

> Entonces, ¿no está acaso justificado que el médico intente controlar este factor (de fe expectante) para usarla con un propósito determinado, y para dirigirlo y fortalecerlo? Esto, y nada más es lo que propone la psicoterapia científica.
>
> Existen muchas formas de practicar la psicoterapia. Todas las que consiguen recuperaciones son buenas.
>
> Considero bastante justificable recurrir a métodos más convenientes para la curación, si existe la perspectiva de conseguir algo con tales métodos. Después de todo, esto es lo único que cuenta.

Otra característica conductista que se encuentra en la psicoterapia es la extinción. La ansiedad se condiciona a conductas que pueden ser adaptativas, pero que fueron repetidamente reprimidas, sofocadas, en el pasado por los padres u otras personas. Algunos padres sobreprotectores, por ejemplo, suprimen las conductas independientes o asertivas de sus niños, empleando unos mecanismos de disciplina o culpa que persisten en la adolescencia o incluso más tarde. Si el terapeuta no emite respuestas aversivas ante estas conductas, lo que sería de esperar de un padre sustituto, la ansiedad condicionada a estas conductas desaparecerá con el tiempo. Esto depende de que el paciente sitúe al terapeuta a un nivel en cierto modo similar al de los padres (transferencia). Gradualmente, la conducta anteriormente suprimida se incorpora al repertorio del paciente y podrá ser reforzada por el terapeuta y demás personas. Este efecto capacita frecuentemente al paciente para mejorar sus respuestas agresivas o asertivas y le dan ese cierto sentido de bienestar que se desarrolla en la terapéutica.

Otra forma de extinción tiene lugar durante la psicoterapia cuando el terapeuta no responde ni refuerza las conductas provocativas e inadaptadas exhibidas por el paciente. La conducta inadaptada se irá disipando gradualmente, permitiendo así al paciente que emita otra conducta más adaptativa que logrará atraer el interés y la atención del terapeuta. Si el principio de la extinción se usa sistemáticamente y conscientemente por parte del terapeuta, puede convertirse en un valioso instrumento terapéutico.

Steve era un "hippie" de 21 años que fue a consultar al psiquiatra por primera vez para que le hiciera una valoración para la junta militar que había de enrolarlo. Rápidamente se desarrolló una relación entre ambos muy fuerte y positiva, y Steve decidió seguir en tratamiento. El terapeuta, desde el principio, ignoró casi completamente las fanfarronadas provocativas que solía hacer Steve respecto al uso de la marihuana y el LSD. Por otro lado, cada vez que Steve hablaba de sus esfuerzos en alguna actividad constructiva — tal como seguir un curso optativo en la universidad — el terapeuta demostraba gran interés y conformidad. Al cabo de unos tres meses, disminuyó considerablemente la cantidad de drogas consumidas por Steve, quien hacía planes para volver a la universidad de forma regular.

La *señora Prior* había hecho psicoterapia durante seis meses. Llegó a la consulta quejándose de depresión y sentimientos de inutilidad, de forma que pasaba casi toda la sesión mortificándose a sí misma a causa de sus deficiencias como madre y esposa. En principio el terapeuta la escuchaba demostrando interés y comprensión, pero pronto comenzó a aburrirse de las continuas muestras de autodesprecio e inutilidad de la señora Prior. El terapeuta decidió hacer caso omiso de las manifestaciones de menosprecio y en lugar de ello se mostraba extraordinariamente interesado cada vez que ella hablaba de algo constructivo. Pronto cesaron las demostraciones verbales depresivas y pasaba cada vez más tiempo, durante las sesiones terapéuticas, hablando de sus esfuerzos por trabajar en la casa y cuidar de los niños. El mero relato de conductas más adaptativas era recibido por el terapeuta con muestras de agrado y aliento.

Las respuestas iniciales del terapeuta ante la señora Prior consistían:

En reforzar positivamente los sentimientos negativos respecto a ella misma ..... pase a la página 191.

En reforzar positivamente su sentido de autoestimación ... . pase a la página 193.

Eligió usted la primera frase y estaba usted en lo cierto. El interés y la comprensión demostrados por el terapeuta puede ser un medio poderoso de reforzamiento positivo, que puede funcionar inadvertidamente y aumentar la frecuencia de la conducta inadaptada. Aunque en los primeros momentos de *cualquier* terapéutica, incluso en la terapéutica de la conducta, es necesario demostrar una aceptación y comprensión cálidas e incondicionales, con el fin de cimentar una relación positiva y por tanto realzar el valor del terapeuta y de sus respuestas, también puede ocurrir que, si se prolongan demasiado y se centran en la psicopatología del paciente, estas muestras de simpatía sean contraproducentes.

En la última parte de la terapéutica de la señora Prior, el terapeuta:

Extinguió las alusiones autodespreciativas de la señora Prior y empezó a reforzar positivamente sus descripciones de intentos adaptativos ..... pase a la página 195.

Reforzó negativamente las alusiones de autodesprecio y empezó a reforzar positivamente sus descripciones de intentos de adaptación ..... pase a la página 197.

Dice usted que el terapeuta reforzaba positivamente el sentido de autoestimación de la señora Prior. Eso podría ser verdad si la señora Prior se sintiera feliz con sus deficiencias. De hecho, ella desea y necesita superar su inutilidad. Por tanto su autovaloración mejoraría si se prestara atención a sus conductas independientes en lugar de prestarla a su conducta incompetente.

En las etapas finales de la terapéutica de la señora Prior, el terapeuta:

> Extinguió las alusiones autodespreciativas de la señora Prior y empezó a reforzar positivamente sus descripciones de intentos adaptativos ..... pase a la página 195.

> Reforzó negativamente las alusiones autodespreciativas y empezó a reforzar positivamente sus descripciones de intentos de adaptación ..... pase a la página 197.

Se están haciendo continuos esfuerzos para incorporar de forma sistemática los principios del reforzamiento al tratamiento de pacientes deprimidos. Lewinsohn y sus colaboradores (1959) están aprovechando de la observación de que los pacientes deprimidos tienden a pasar mucho tiempo hablando de sus molestias físicas y psicológicas. Haciendo uso del principio de Premack (*ver* Capítulo III), han estructurado las sesiones de tal manera que para poder dedicarse a "charlas depresivas", primero han de hablar durante algún rato de sentimientos y conductas más positivos. De esta forma, la conducta verbal depresiva, que tiene una alta frecuencia, se hace contingente respecto a conducta verbal adaptativa, cuya frecuencia es menor, y se consigue aumentar la frecuencia de esta última, al mismo tiempo que las verbalizaciones depresivas caen bajo el control del terapeuta. Sus pacientes muestran una rápida remisión de los síntomas y experimentan el sentimiento creciente de ser capaces de controlar sus emociones.

Dice usted que el terapeuta, en las últimas etapas del tratamiento, extinguió las manifestaciones autodespreciativas de la señora Prior y empezó a reforzar positivamente sus verbalizaciones respecto a actividades más positivas. Está usted en el camino correcto para llegar a la perfecta comprensión de la relación funcional entre el paciente y su entorno terapéutico: el reforzamiento social que emana del terapeuta. Puesto que la señora Prior valora el interés y la atención de su terapeuta, tenderá a relatar pensamientos, sentimientos y acciones que atraigan la atención del terapeuta. La capacidad del terapeuta para influenciar el contenido del discurso del paciente, e indirectamente la propia conducta del paciente fuera de la terapia, es la piedra angular de todas las psicoterapias verbales.

Aunque la generalización del cambio de conducta desde el contexto terapéutico al mundo exterior puede ser difícil, en el caso de la señora Prior la depresión desapareció rápidamente y la terapéutica se dio por terminada un mes después de que el terapeuta modificara las contingencias.

Lo siento. No he debido de dejar claro el concepto de reforzamiento negativo. El reforzamiento negativo es un término que suele emplearse mal en el lenguaje más común y que suele confundirse con la extinción o el castigo. El reforzamiento negativo tiene lugar cuando una persona logra escapar o evitar un estímulo aversivo realizando algún acto, y ese acto tiene, a partir de ese momento, más probabilidades de repetirse en el futuro. Vuelva a leer, en el Capítulo III, la sección que habla del reforzamiento negativo.

Por lo que respecta a la segunda parte de la frase, tenía usted razón: el terapeuta, por supuesto, empieza a reforzar positivamente la conducta verbal de la señora Prior destinada a comentar sus esfuerzos adaptativos en su casa. Es de esperar que este cambio de los reforzamientos sociales logre aumentar indirectamente sus esfuerzos en casa. Es decir, que el condicionamiento verbal sobrevenido en las sesiones terapéuticas se generalice a las conductas, realmente importantes, externas a la terapia. Aunque la generalización de la conducta puede ser difícil, en el caso de la señora Prior la depresión cedió rápidamente y se dio por terminado el tratamiento cuando sólo hacía un mes que el terapeuta había cambiado las contingencias.

Un tercer factor de conducta propio de las terapéuticas psicodinámicas es el uso de la imitación. Es el mismo proceso que recibe el nombre de identificación o incorporación entre los autores psicoanalíticos. Se ha escrito mucho acerca de este tema, pero los terapeutas no han logrado desarrollar métodos explícitos y sistemáticos a través de los cuales pueda producirse el aprendizaje por imitación o identificación. Este es un tema para futuras exploraciones.

Existe ya un psicólogo que ha llevado a cabo gran cantidad de investigaciones básicas sobre el tema de la imitación; se trata de Bandura (1969), quien ha publicado varios trabajos sobre aplicaciones clínicas específicas de este proceso. En un estudio, se escogieron unos niños que tenían miedo a los perros y se les hizo observar a un modelo, otro niño de su edad, que iba exhibiendo, de forma progresiva, respuestas de aproximación al perro. Estos niños mostraron, más tarde, una reducción estable y generalizada del miedo y resultaron significativamente distintos, en este aspecto, de otros niños pertenecientes a diversos grupos de control. El trabajo de Bandura es una réplica del estudio de Mary Cover Jones (1924), quien hace 40 años extinguió respuestas fóbicas de niños ante diversos animales haciéndoles observar a compañeros suyos que jugaban con los animales en cuestión de manera placentera. Un estudio muy reciente realizado por Friedman (1970) demuestra que la mejor forma de inducir a los estudiantes de los primeros años de universidad a que se muestren más asertivos consiste en imitar y desempeñar papeles.

Extracto de un artículo de C. B. Fester y Jeanne Simons: "Behavior Therapy with Children", publicado en 1966 en la revista *Psychological Record*, n.º 16, págs. 65-71:

> En la medida en que logre resultados positivos, cualquier tratamiento convencional es terapéutica de la conducta. Una de las diferencias aparentes entre la actividad del clínico y la del terapeuta de la conducta estriba en que este último emplea frecuentemente comida (o relajación, o fichas, o descargas) como reforzador en la terapéutica de la conducta. Siempre que hemos tenido ocasión de ver trabajar a clínicos competentes, les hemos visto modificar la conducta verbal y no verbal y manipular el ambiente, tal como sucede en la terapéutica de la conducta. La aportación potencial de la terapéutica de la conducta procede de la aplicación consciente de los principios de las ciencias naturales a los problemas clínicos. Con tal enfoque, la descripción objetiva y funcional del ambiente hace posible describir cuáles son los aspectos particulares de una interacción compleja que están ejerciendo una particular influencia sobre el paciente. A partir de aquí se pueden crear nuevos procedimientos, perfeccionar los antiguos y aplicarlos de forma intensiva. Al tener una idea del ser humano basada en la filosofía de las ciencias naturales, la conducta del terapeuta se está modelando constante y diferencialmente y queda reforzada por sus efectos sobre el paciente.[6]

[6] Reproducido con autorización de los autores y de "*Psychological Record*". Tomado de C. B. Ferster y Jeanne Simon, "Behavior Therapy with Children" en *Psychological Record*, Vol. 16, págs. 65-71, 1966.

Resumiento: las terapéuticas psicodinámicas incorporan unas técnicas basadas en los principios del aprendizaje, tales como el condicionamiento, la extinción y la imitación. La diferencia entre las terapéuticas tradicionales y la terapéutica de la conducta reside en que esta última emplea dichas técnicas, y algunas otras, de forma sistemática y explícita con el fin de alcanzar unos objetivos de conducta definidos en el comienzo del tratamiento.

> Cualquier procedimiento terapéutico llevado a cabo sin hacer referencias a los elementos que son realmente activos en el mismo (las contingencias entre la conducta del paciente y la respuesta del terapeuta, en el caso de la psicoterapia) es, en el mejor de los casos, ineficaz, y en el peor de los casos, mágico. El terapeuta tradicional, de hecho, influye sobre sus pacientes y pensamos que debiera hacerlo de forma consciente y sistemática. Si piensa que existe una conducta concreta que beneficiará al paciente, legítimamente debiera hacer todo lo que esté en su mano para aumentar al máximo la frecuencia de esa conducta (Ullmann & Krasner, 1965).

La comprensión de los principios que se han tratado en este capítulo es el primer paso en esta dirección; el uso de los métodos de la terapéutica de la conducta, en combinación a veces con una terapéutica ya en curso de orientación psicodinámica, sería el paso siguiente para lograr aumentar la eficacia de nuestro trabajo.

La terapéutica familiar y de la pareja es una excelente oportunidad para emplear ciertas técnicas conductistas. Los principales reforzadores en la vida de un individuo provienen de los miembros de su familia, con los que interactúa todos los días. En los últimos años, los terapeutas de orientación conductista han comenzado a trabajar con familias y parejas, para lograr, con un máximo de probabilidades, modificaciones de conductas duraderas y significativas. Es muy frecuente que el cambio más importante, para lograr resultados terapéuticos, se haya de dar justamente en las respuestas que los miembros de la familia emiten ante el paciente. En el Apéndice de este libro se halla un artículo del autor que describe algunos aspectos de la terapéutica de la conducta llevada a cabo con familias y parejas.

Otro enfoque interesante es el llamado "contrato de contingencias" por el cual cada miembro de la familia intercambia responsabilidades por privilegios. En el caso de un adolescente que tiene problemas con sus padres, el contrato puede consistir en que él realice algunas tareas o encargos en casa y a cambio los padres le concedan más tiempo libre por la noche o algún otro permiso especial. A veces las ventajas se escriben para gratificar el cumplimiento consistente según los términos del contrato. Así, un muchacho que cumple todos los encargos a que se había comprometido durante una semana, puede recibir, como gratificación, el llegar una noche más tarde de lo normal o pasar un fin de semana fuera de casa. También se especifican castigos o sanciones para evitar de antemano el no cumplimiento de los términos del contrato. Es importante que los contratos que se escriban sean honestos y que los firmen todos los miembros de la familia, incluido el terapeuta.

RESUMEN DEL CAPÍTULO XI

1. Las psicoterapias psicodinámicas son unas situaciones de aprendizaje, en las que el terapeuta influye sobre el paciente para que cambie.
2. La alianza o relación terapéutica positiva capacita al terapeuta para actuar como un reforzador social para el paciente.
3. Utilizando diferencialmente su atención, interés, aprobación e interpretación, el terapeuta puede reforzar ciertas conductas y verbalizaciones y extinguir otras.
4. El terapeuta también actúa como un modelo de conducta que el paciente ha de imitar (identificación).
5. El uso sistemático y planificado de los principios del aprendizaje puede aumentar la eficacia y eficiencia de los terapeutas que emplean terapéuticas psicodinámicas, no-directivas u otros tipos de terapéuticas verbales.

12. La terapéutica de la conducta en las instituciones: El sistema de «fichas»

La terapéutica de la conducta se ha venido administrando a los pacientes menos atendidos internados en instituciones (psicóticos crónicos y deteriorados, retrasados, y delincuentes juveniles) en un medio experimental denominado "sistema de fichas".* Lo esencial de este procedimiento consiste en la utilización de "fichas" o bonos (fichas de juego, tarjetas de crédito, puntos), que se entregan a los pacientes como reforzadores por las mejoras sobrevenidas en su conducta sea personal, social u ocupacional. Las fichas pueden cambiarse por bienes materiales, servicios o privilegios valorados positivamente por el paciente.

El sistema de fichas constituye un microcosmos semejante a la sociedad que existe más allá de los muros de la institución. El ambiente terapéutico se estructura de modo que muestre la relación directa existente entre el trabajo y la recompensa, el esfuerzo y el éxito. Se trata de un entorno diseñado específicamente para enseñar al apático paciente de la institución lo que las personas sanas han aprendido y aceptado desde la niñez: que para obtener alimentos y comodidades y para disfrutar los privilegios de la sociedad, se debe ser competente en el trabajo, ostentar una determinada apariencia física y estar dentro de la interacción social. El paciente deteriorado o regresivo tradicionalmente ha vivido en una sociedad de bienestar en la que se le ha gratificado por ser pasivo, dócil y apático; sus necesidades y comodidades se le satisfacían incondicionalmente, cualquiera que fuese su conducta, adaptativa o extraña. El sistema de fichas intenta invertir este proceso, responsabilizando al paciente de la consecución de las gratificaciones propias de su entorno terapéutico. La relación de trueque que existe entre las fichas y los bienes, servicios y actividades deseados revisten a aquéllas de valor reforzante. Los pacientes que anteriormente tenían libre acceso a dulces, cigarrillos, visitas al psiquiatra y otros privilegios deberán ahora pagar fichas para obtenerlos.

* *N. del E.* — Hemos decidido traducir la expresión "*token economy*" por "sistema de fichas". Así se ha pretendido huir de la aceptación incondicional de la palabra "token" evitando un anglicismo más, y subrayar mediante el término "sistema" una situación o hecho de características algo distintas de las que implica la palabra "economía".

De este modo el hospital se convierte en algo parecido al mundo real en el que para poder permitirse ciertos placeres hay que trabajar. Para los profesionales, los reforzadores suelen ser artículos publicados, salarios, bonificaciones o vacaciones. Para los pacientes crónicos, los reforzadores habrán de consistir en dulces, cigarrillos, comidas u oportunidades de dormir más placenteras que las habituales, televisión, visitas al psiquiatra o a una enfermera, o pases para el fin de semana. La selección de reforzadores es lo bastante amplia como para que todo el mundo tenga los suyos.

Una manera de elegir el reforzador apropiado para un paciente consiste en utilizar un principio de aprendizaje enunciado por Premack (1959) y aplicado a pacientes por Ayllon y Azrin (1968). Cualquier conducta preferida o emprendida espontáneamente por una persona puede ser utilizada como reforzador de otras conductas menos preferidas o menos frecuentes. Siguiendo este principio, algunos pacientes crónicos trabajaron en las tareas de un hospital para obtener fichas que podían cambiar por la oportunidad de sentarse durante treinta minutos en su silla favorita. Un paciente pasaba mucho tiempo alimentando pájaros y ardillas en los jardines del hospital (era una de sus conductas de más alta frecuencia). En consecuencia sólo se le permitió hacer esto a cambio de fichas que debía ganar manteniendo limpia su ropa y hablando en las reuniones de grupo (que eran sus conductas de baja frecuencia).

Algunos sistemas de fichas implican que la asistencia al comedor sea contingente respecto de cierto número de fichas; en este caso el efecto reforzante primario de la comida llega a formar parte del sistema. Raras veces el paciente llega a perderse más de una comida por no haber llegado a obtener las fichas necesarias para entrar al comedor. Existen siempre varios medios rápidos y fáciles para obtener las fichas de modo que un paciente que se encuentre "sin fondos" pueda entrar al comedor y obtenerlos en unos pocos minutos. En la medida en que un paciente va siendo más eficaz en obtener fichas, se puede ir elevando la cantidad o la dificultad de los requisitos que se le imponen para ganarlas. De esta manera escalonada, se puede sostener una mejora progresiva.

Los pacientes pueden ganar fichas de varias maneras, pero el principio básico es que la recepción de fichas debe ser contingente a mejoras personales, sociales o laborales. Muchos sistemas de fichas establecen sus programas individualmente adecuándolos a los niveles de conducta de cada paciente. Se observan cuidadosamente los defectos y los excesos particulares en la conducta de cada paciente y se establece una lista de objetivos de conducta: las conductas específicas que deberá realizar el paciente para ser considerado más normal, adaptado, o de mejor actuación. Los objetivos de conducta pueden estar implicados en distintas áreas: aseo personal, interacción social, educación o trabajo. Algunos ejemplos de conductas objetivo son los siguientes: realizar tareas del hospital tales como limpiar la bañera, atarse uno mismo los cordones de los zapatos, dejar de hablar consigo mismo en público, completar una labor de costura en las sesiones de laborterapia, utilización apropiada de cosméticos, y hacer sugerencias en las reuniones de la comunidad terapéutica.

Es importante que el personal del hospital esté familiarizado con el nivel basal de conducta de cada paciente y que recompense con fichas hasta los menores incrementos de su rendimiento. El modelado, es decir, la entrega de recompensas por las sucesivas aproximaciones al objetivo deseado es algo que juega un papel importante en los sistemas de fichas. Si un paciente no se ha afeitado en varios días, el personal no deberá esperar a que lo haga completamente para entregarle una ficha, sino, al contrario, recompensar cualquier aproximación al afeitado, tal como coger la maquinilla, o mostrar interés por el afeitado de otros pacientes.

A lo largo de varios días los pasos sucesivos podrían ser: 1) pasarse por lo menos una vez la maquinilla por la barba después de haber sido enjabonada la cara por un ayudante, 2) pasarse la maquinilla más veces hasta que la cara quede rasurada en su totatlidad, 3) enjabonarse y afeitarse limpiamente, 4) poner la hoja de afeitar en la maquinilla así como enjabonarse y afeitarse. Cada paso de este proceso deberá recompensarse inmediatamente con una ficha.

Al mismo tiempo que se entrega la ficha al paciente, la enfermera o el ayudante deberán expresar su aprobación verbalmente ("Bien", o "Estupendo", o "Cada vez lo hace mejor") o mediante gestos (sonrisas, asentimientos con la cabeza). La aprobación o reforzamiento social cuando van unidos al reforzamiento de las fichas incrementan el efecto y también sirven para ir preparando al paciente para cuando se le dejen de administrar fichas y los progresos de su conducta se mantengan sólo con los reforzamientos naturales de su entorno.

Más tarde, cuando el paciente ha aprendido el valor de las fichas y cuando su repertorio se ha ampliado, las mejoras en su conducta pueden ser recompensadas después de transcurrido cierto tiempo; en algunos sistemas los pacientes reciben sus fichas semanalmente, como si fueran un salario. Algunos sistemas de fichas constituyen un grupo de pacientes que son tratados como si poseyeran una "tarjeta de crédito" y al que un paciente puede acceder cuando ha alcanzado un alto nivel de actuación. Los pacientes de este grupo no reciben fichas, pero se les permite acceder libremente a una serie de bienes y privilegios mientras mantengan su nivel de adaptación.

La siguiente lista de objetivos de conducta corresponde a un paciente que residía en una institución donde se utilizaba un sistema de fichas, y lleva adjunta una tabla de los reforzamientos a administrar mediante fichas.

SISTEMA DE FICHAS. OBJETIVOS SEMANALES

PACIENTE : *Jim M.*

Objetivos: Basados en la valoración de la semana anterior y en los nuevos objetivos sugeridos. Estos son los cambios de conducta que verosímilmente parecen alcanzables en la semana entrante.

FECHA 12-6-71

Conducta	*Cantidad de fichas y programa*
1. Cama hecha (limpia y estirada). Habitación limpia (barrida y fregada). Prendas de vestir guardadas. (Sugiriéndolo.)	2 fichas si ha realizado todo a las 7.00 h.
2. Manos y cara lavadas. Dientes limpios, afeitado, cabellos peinados. (Sugiriéndolo.)	3 fichas si ha realizado todo a las 9.00 h. Alabar todas las conductas.
3. Barrido y fregado de la sala de estar después de comer. (Sin sugerírselo.)	3 fichas si ha realizado todo antes de las 13.00 h.: 1 ficha si acaba después de las 13.00 h.; 1 ficha al acabar.
4. Ducha diaria. (Sugiriéndolo una sola vez.)	

Valoración: Enumerar los cambios obtenidos realmente en cada una de las conductas enunciadas anteriormente. Al final de la semana los terapeutas deberán señalar los cambios importantes acaecidos en otros aspectos.
TERAPEUTAS : V. B./E. R./C. H./E. M.

	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sa.	Do.	Lu.
	fichas						
1. Lo hace bien. Sería posible reducir el número de ayudas.	2	2	2	0	2	2	2
2. Tiene dificultades para acabar a las 9.00 h. No le interesa.	3	0	0	0	3	3	3
3. Sin problemas.	3	3	3	3	3	3	3
4. Lo hace bien. Sería posible disminuir las ayudas o sugerencias.	1	1	1	1	1	1	1

Nuevos objetivos propuestos: Basándose en su valoración, proponga nuevos objetivos, así como las cantidades de fichas y el programa de administración.

1. Continuar como hasta ahora, pero con sólo dos ayudas o sugerencias.	1. Igual que antes.
2. Continuar con las mismas conductas.	2. Aumentar hasta 5 fichas
3. Continuar como hasta ahora.	3. Reducir hasta 1 ficha.
4. Continuar como hasta ahora, pero sin ninguna sugerencia.	4. Igual que antes.

5. NOTA. — El aumento de 2 fichas y la disminución de 3, por otra parte, mantendrá en equilibrio el nivel de gastos del paciente, pero proporciona mayor reforzamiento a las conductas menos motivadas.

El original de este Formulario, debidamente cumplimentado, deberá ser colocado en el buzón del doctor Patterson el lunes por la mañana. El duplicado permanecerá en el expediente del paciente.

En la Unidad de Investigación Clínica del Camarillo State Hospital, donde era tratado este paciente, el personal hospitalario ponía al día el sistema de fichas de cada paciente cada dos semanas. Esta revisión regular fomenta un cambio constante y de una manera individualizada.

El *señor Green*, un esquizofrénico crónico, había permanecido hospitalizado durante quince años. Pasaba la mayor parte de su tiempo viendo la TV en la sala de estar diurna. Su aspecto personal era descuidado: los zapatos sin atar, la camisa colgando por fuera del pantalón, las manos y la cara sucias y el cabello sin peinar. Se le transfirió a un departamento donde se utilizaban al máximo principios de tratamiento activo encaminados a un esfuerzo intensivo de rehabilitación. El personal estaba deseando trabajar con él.

¿Cuál de los siguientes enfoques es probable que tenga éxito en mejorar su aseo personal?

A. Hacer que el acceso a la TV sea contingente con que el señor Green se ate los zapatos durante la primera semana, y después, gradualmente, ir añadiendo otras mejoras en su aspecto físico como condiciones previas para poder ver la TV.

B. Instalar un dispositivo en el televisor que impida su puesta en marcha si no se introduce una ficha por una ranura. Hacer depender la entrada a la sala de TV de colocar una ficha en un estante junto a la puerta de dicha sala. Entregar, además, al señor Green fichas cuando se ate los zapatos, se lave la cara y las manos, se peine o se meta la camisa por dentro del pantalón.

C. Dar al señor Green mucho afecto y cuidado y hacerle ver que se le considera un miembro apreciado de la comunidad cualquiera que sea su aspecto.

D. Asignar al señor Green una enfermera para que le recuerde frecuentemente que se ate los zapatos, que se lave la cara y las manos, que se peine y que se meta la camisa por dentro.

A y B tendrán éxito probablemente ..... pase a la página 215.
C y D tendrán éxito probablemente ..... pase a la página 219.
Todas las soluciones tendrán éxito ..... pase a la página 217.

Para ser eficaz, un programa de fichas debe especificar de manera muy precisa las conductas que deben ser recompensadas. El reforzamiento selectivo de la conducta deseada sólo puede realizarse si el personal que dispensa las fichas está de acuerdo en qué conductas hay que reforzar. Un buen ejemplo de ello lo constituye la siguiente descripción de uno de los primeros, y de mayor éxito, sistemas de fichas, que todavía está en funcionamiento en el Patton State Hospital, en California, descripción tomada del texto "Practical Use of Operant Conditioning Procedures in a Mental Hospital" (Utilización práctica de los procedimientos de condicionamiento operante en un Hospital Mental), de O. L. Gericke, aparecido en *Psychiatric Studies and Projects* (American Psychiatric Assoc., Vol. III, n.º 5, junio 1965):

> Establecimos una lista de las conductas deseables que esperábamos influir mediante reforzamiento. Pedimos a cada miembro del equipo que hiciera su lista. Una de las conductas que más aparecía era «mantenimiento de la higiene personal». El personal se dio cuenta en seguida de que una afirmación global de este tipo tenía muy poca utilidad para el ingeniero de la conducta. La higiene personal significa cosas muy distintas para personas distintas. Les demostramos que para que este término fuera significativo debíamos ser más específicos. Entonces hicimos la siguiente lista para «higiene personal»: a) que no haya acumulaciones de suciedad entre los dedos de los pies, b) que no haya suciedad en la planta del pie o en el talón, c) que no haya suciedad en las piernas y las rodillas, d) que no subsista ningún olor corporal, e) que no queden residuos en el ombligo, f) manos y uñas limpias, g) en los hombres, afeitado bien hecho y reciente, h) cabello bien peinado, e i) cambio diario de ropa interior. Una lista aparte para mujeres incluía el uso apropiado de cosméticos. Se hizo abrumadoramente evidente que, aunque podía haber algún desacuerdo acerca de los objetivos globales poco definidos, los elementos de la lista detallada podían ser aceptados por todos sin mucha dificultad y, lo que es más importante para nuestros propósitos, podían ser reforzados selectivamente.*

* Reproducido con autorización del autor y de la American Psychiatric Association. Tomado de O. L. Gericke, "Practical Use of Operant Conditioning Procedures in a Mental Hospital", en *Psychiatric Studies and Projects*, Vol. III, n.º 5, junio 1965.

Ha elegido usted los sistemas A y B como los que probablemente tendrán éxito con el señor Green. Bien. Será usted un buen clínico de la conducta. Es evidente que ha asimilado usted los principios de la manipulación de contingencias, especificando los objetivos de conducta y definiendo el reforzador (por el principio de Premack). Para el señor Green, contemplar la TV es una conducta de alta frecuencia y por ello puede ser utilizada de manera contingente para fortalecer otras conductas menos frecuentes. Esto puede hacerse mediante un sistema de fichas (como en B), pero también puede llevarse a cabo en un contexto menos sistematizado siempre que se utilice el principio de contingencia.

Si quiere ver otro ejemplo de manipulación de contingencias pase al final de la página 219. Si se siente seguro de haber captado este principio, pase a la página 225.

Si cree que todos los sistemas tendrán éxito, probablemente no está usted discriminando. Como ingeniero de la conducta sólo ha acertado usted en un 50 % y eso no es más de lo que conseguiría al azar. Incluso el Efecto Hawthorne, que dice que cualquier tipo de atención centrada en una persona mejorará sus realizaciones, no puede ocultar las diferencias reales de estos sistemas. Vamos a aclar estas diferencias.

Los sistemas A y B funcionarán porque se hace depender una conducta de alta frecuencia y preferida, contemplar la TV, de una conducta de baja frecuencia, el aseo personal. La contemplación de la TV sirve como reforzador, de manera directa en A, o mediatizada por fichas en B, para mejorar la apariencia personal. Los sistemas C y D probablemente tendrían efectos contrarios a los deseados por las razones citadas en la página 219.

Pase a la página 219.

Al escoger los sistemas C y D probablemente mantendrá e incluso fortalecerá el desaseo de el señor Green. Le prestará atención e interés por ir desaseado y con ello reforzará precisamente la conducta que quería eliminar. Demasiado a menudo eso es lo que ocurre en un equipo demasiado tierno y bondadoso que desea ser atento con el paciente. Veamos otro ejemplo.

Jane Moore es una niña retrasada de 10 años que se pasa horas seguidas jugando con su muñeca favorita. Pocas veces entra en interacción con otros niños conversando o jugando con ellos, y prefiere mantenerse aislada jugando con juguetes. Mediante un sistema de fichas se podría incrementar su interacción social:

> Dándole fichas por mostrar conductas de acercamiento a otros niños y exigiéndole pagarlos para poder tener su muñeca favorita ..... pase a la página 221.
>
> Quitándole fichas cada vez que pase más de diez minutos jugando aislada .....pase a la página 223.

Ha decidido usted que los déficits de Jane en su interacción social pueden ser remediados dándole fichas por acercarse a los otros niños y haciéndole entregar fichas para jugar con su muñeca favorita. Va usted por el camino correcto. Al implicar una contingencia en relación con su conducta preferida (jugar con la muñeca), está usted aprovechando el valor de esta conducta como reforzador de la conducta infrecuente (interacción con otros niños).

Sin embargo, recuerde que no debe esperar mucho de Jane en el sentido de relacionarse con otros niños muy pronto. La tarea consiste en dar forma a su interacción social reforzando las sucesivas aproximaciones que vaya llevando a cabo hacia el objetivo deseado. Al principio, será necesario darle fichas por cualquier signo de interés hacia otros niños. Cuando empiece a mostrar atención frecuente, habrá que elevar algo el criterio de reforzamiento exigiéndole, para darle fichas, que mantenga más tiempo su atención en otros niños o que tenga un contacto inicial con ellos, verbal o físico. Más tarde, tras haber mantenido este nivel de interacción durante un tiempo, se le podrá pedir un mayor incremento de actividad social antes de reforzarla con una ficha. De este modo escalonado, puede continuar madurando su competencia social hasta realizar todo su potencial en este aspecto, cualquiera que sea.

Mientras que las fichas, cambiables por recompensas o preferencias ya establecidas, pueden introducir a Jane en la conducta social, una vez haya comenzado a tener interacción con otros niños se podrán utilizar unos reforzadores más naturales para mantener y refinar su conducta: el reforzamiento social que obtenga de los otros niños así como de los adultos, el tipo de juegos que pueda ahora llevar a cabo en grupo, los nuevos lugares que descubra en las salidas en grupo y el placer que pueda obtener de verse a ella misma entrando en contacto activamente con los demás.

Usted ha decidido que imponiéndole a Jane una multa cada vez que dedique más de diez minutos a un juego aislado, podría motivársela a jugar con los demás. Tal castigo es probable que consiguiera eliminar la conducta de la que depende, pero tendría efectos poco duraderos. En primer lugar, el castigo produce unos efectos emocionales secundarios no deseados, siendo de esperar que Jane tenga berrinches y otras manifestaciones emocionales cuando se la multe. En segundo lugar, la conducta por la que es castigada sólo desaparecerá temporalmente y en presencia del estímulo o la persona que ejecute el castigo. Jane reincidirá en la conducta suprimida en cuanto desaparezca del campo su "policía". Pero más importante todavía es el fracaso del "castigo solo" en conseguir una nueva conducta que sea adaptativa. El castigo de la conducta no deseada en combinación con el reforzamiento de las conductas adaptativas puede ser muy eficaz. Pero castigar a un niño dotado de un pobre repertorio de conductas, como comienzo, es algo así como intentar exprimir agua de una piedra.

No hay sustitutivos para el trabajoso proceso de construir una nueva conducta a partir de unidades simples, sea por reforzamiento o por imitación.

Vuelva a la página 219 y elija la respuesta correcta.

En el Centro para el Estudio de los Trastornos de la Conducta del Camarillo State Hospital, se diseñó una nueva manera de reforzar al personal de la unidad de modificación de la conducta. Se distribuía a todo el personal de la unidad un periódico bisemanal que contenía breves sinopsis de los progresos de los pacientes. A continuación damos algunos ejemplos de los textos aparecidos en este periódico que se llamaba "Diario del Grupo de Modificación de la Conducta":

NOTICIAS DEL PERSONAL DEL CRU
(Vol. I, N.º 16, 30 de julio de 1971)

H. B. ha seguido teniendo alucinaciones aunque con baja frecuencia. Sin embargo, no se ha liberado de ellas lo bastante para alcanzar el nivel deseado. Se ha presentado con nuevas prendas de vestir seleccionadas por él mismo, y mucho más apropiadas.

J. F. sigue aproximadamente igual que la última semana. Hemos demostrado claramente que la utilización del tiempo de reposo en la cama como contingencia es eficaz, pero no totalmente.

J. G. comienza el martes de esta semana el condicionamiento aversivo de *todos* sus tics corporales. En estas condiciones parece mostrar más calma y compostura y tener mayor control de sus tics. La capacidad del condicionamiento aversivo para eliminar los tics ha quedado dramáticamente demostrada comparando la frecuencia de todo tipo de tics corporales con o sin conexión del aparato. Número de tics con aparato: 41 por cada media hora de sesión. Número de tics sin aparato: 61 en un período de observación de 8 minutos.

B. H., F. B., y W. P. (el grupo de los que «murmuran») tomaron parte en una observación de 60 días acerca de los efectos del entrenamiento para incrementar el volumen del habla (8'0 en nuestra escala arbitraria). Sin embargo, F. B. y W. P. han descendido a un nivel inferior (5'5). Debemos hacer notar que el nivel de todos ellos, incluso de aquellos en los que ha disminuido, sigue estando muy por encima del nivel original (1'0), que no se podía distinguir del ruido ambiental de la habitación cuando se le medía electrónicamente. Estos datos indican que es necesario mantener a estos pacientes en un entorno estimulante para mantener intactos los avances conseguidos. Yo, R. P., deseo reforzarme a mí mismo anunciando que he terminado un primer borrador de un trabajo sobre este asunto. Le toca ahora al segundo autor, J. T., hacerse cargo de él.

M. L. ha incrementado mucho su producción en trabajo de oficina. En consecuencia está ganando más fichas. Ha tenido otro fin de semana satisfactorio, en su casa, en compañía de su madre. Su madre le dio unas fichas por realizar algunos trabajos del hogar que habían acordado previamente, pero la madre nos informa de que también la estuvo ayudando en otras tareas. Esta semana sus «trabajos del hogar», incluyen una visita al salón de belleza y a la iglesia como forma de actividad social. M. y su madre están de acuerdo en estos puntos. Este puede resultar uno de los casos con más éxito.

A. M. acaba su tratamiento la semana que viene. Se va durante una semana de camping. Con esto se le dará totalmente de alta.

El elemento más importante para el éxito de un reforzamiento mediante fichas consiste en que el personal que actúa como dispensador de las mismas esté eficazmente implicado en ello. En primer lugar, las enfermeras y el personal auxiliar. En muchos hospitales mentales las enfermeras cuidan de los enfermos combinando mimos y atenciones con mano dura para conseguir que sean complacientes y se mantengan bajo su control. El resultado suele ser el paciente pasivo, desasistido, callado y dócil, que ocasiona pocos problemas al sobrecargado personal, pero que, en cambio, posee un repertorio de conducta muy reducido. En ese caso, la tarea inicial, para el innovador en el tratamiento de la conducta, consistirá en la educación de las enfermeras y ayudantes para que apliquen un nuevo enfoque al cuidado de los enfermos. La suerte de su programa dependerá totalmente del éxito de este esfuerzo de reeducación.

Se debe enseñar al personal del equipo los principios básicos del reforzamiento, particularmente la importancia de responder a las conductas específicas de cada paciente de una manera contingente. En vez de permitirles proporcionar servicios y recompensas de manera indiscriminada, se debe enseñar a las enfermeras y a los ayudantes la importancia de las recompensas selectivas en el caso en que el paciente ejecute la conducta deseada en las áreas del aseo personal, de la interacción s cial, y del trabajo. Hay que enseñarles cómo modelar una nueva conducta por medio de sucesivas aproximaciones y remodelados. En vez de confiar en órdenes rituales dadas desde arriba, se les debe conceder responsabilidad directa en el tratamiento. Habrán de colaborar con el director del proyecto especificando los objetivos de conducta y las prescripciones oportunas para cada paciente.

Al implantar una economía de fichas, las enfermeras y los ayudantes habrán de ser:

Seleccionados por su experiencia y competencia en el trabajo de un hospital mental ..... pase a la página 229.

Reforzados para que refuercen adecuadamente a los pacientes ..... pase a la página 227.

M. M. (mujer) ha comenzado un nuevo programa esta semana. Está actualmente en la fase de nivel basal. Se le pregunta tres veces al día acerca de su identidad y su historia. En el momento presente se le están dando sus fichas (18) cada día; pero durante el tratamiento (fase contingente) tendrá que ganarse las fichas contestando de acuerdo con la realidad. Será interesante observarlo.

M. M. (varón) está mostrando ya los resultados de su programa para controlar los berrinches. Durante los siete días de nivel basal, el promedio fue de sólo dos por día. Desde que comenzó el tratamiento, ha promediado menos de uno por día.

B. S. comenzó hace poco un nuevo programa. Hasta ahora parece haber una pequeña disminución en sus manuscritos, pero no ha habido ningún cambio en lo que dice acerca de sus visiones.

C. S. ha mostrado una considerable disminución en sus conductas molestas y progresa considerablemente hacia la consecución de su «graduación». Es notable que ha dejado de preguntar a R. F. «¿Cuándo me van a sacar de este condenado lugar?» Así que le he preguntado *yo a ella* esta misma cuestión y me ha respondido que «cuando se gradúe», y se ha referido a su gráfico colgado de la pared.

J. W. no ha mostrado incremento alguno en sus conversaciones absurdas desde que su medicación fue abandonada. Esto nos ha sorprendido a todos. La mayoría de nosotros no creíamos que el tratamiento de la conducta fuera tan efectivo, pero se ha mostrado racional en sus observaciones y en las entrevistas durante las 172 veces sobre 176 ocasiones que se han controlado desde que se interrumpió la medicación.

M. W. (nuestro A. W. O. L.) ha vuelto de San Francisco, pero no al hospital. Simplemente llamó desde casa de su madre, en Los Ángeles, y volverá mañana (?).

El periódico de noticias sirve como un mecanismo informativo de *feedback* que mantiene la moral y la dedicación del personal de la unidad de terapéutica de la conducta. Una descripción más completa de este periódico puede encontrarse en *Behavior Therapy*, 1972: "Reinforcing the Reinforcers: A Method of suplying feedback to nursing personnel" (Reforzando a los reforzadores: un método de proporcionar *feedback* al personal enfermero), R. Patterson, C. Cooke y R. Liberman).

Ha elegido usted la segunda respuesta y tiene usted razón. Reforzar a los reforzadores es tal vez el factor más crucial en el desarrollo y mantenimiento de la eficacia del personal que lleva a cabo un programa de fichas. Para el personal, el reforzamiento procede de dos fuentes principales: el director del proyecto y la mejora de los pacientes.

Durante el período de entrenamiento, y después, es esencial que el director del proyecto establezca relaciones muy cercanas con las enfermeras y ayudantes. Si consiguen congeniar, tener confianza y respeto mutuos, la aprobación que el director del proyecto haga del trabajo del equipo servirá para motivarlo en seguir haciéndolo bien. Para mantener una buena relación de trabajo es necesario que el director del proyecto esté en contacto cotidiano con el personal de guardia, con sus problemas, ayudándoles, allanando las dificultades del programa, y convirtiéndose en el líder administrativo del asunto.

La otra fuente de reforzamiento que incide sobre el personal es el progreso conseguido por los enfermos que siguen el sistema de fichas. Generalmente, cada enfermera o ayudante tiene a su cargo un pequeño grupo de pacientes, con los que trabaja personalmente. Una vez que los objetivos están definidos y comienza el modelado y la manipulación de contingencias, cada miembro del personal puede observar los cambios saludables producidos en la conducta del paciente. Aunque estos cambios pueden detectarse a simple vista, resulta doblemente reforzante para el personal llevar un registro o formulario de recogida de datos, en el cual se marquen a diario los progresos de la conducta de los pacientes. Los registros o gráficos de las conductas deseadas, así como los libros en los que se anota el número de fichas que se han gastado, sirven como indicadores de éxito para los miembros de la plantilla, facilitándoles que sean conscientes del momento en que es necesario cambiar un programa y hacerlo más gradual, en el caso de que un paciente deje de mejorar.

Presentamos ahora dos informes sobre dos sistemas de fichas que están llevándose a cabo en estos momentos; son dos ejemplos de cómo se puede reforzar a las enfermeras y ayudantes por usar técnicas conductistas con los pacientes. El primer informe procede del artículo de James R. Lent, "Mimosa cottage: Experiment in hope", publicado en la revista *Psychology Today*, 1968, 2, 51-58.

> ¿No resulta difícil para los ayudantes y enfermeras el actuar de manera espontánea, natural y «feliz» con respecto a los niños cuando se prescriben tantas conductas? Cuando los ayudantes empiezan por vez primera a reforzar según les indica un programa, su conducta es, en cierto modo, mecánica y carente de significado. Sin embargo, pronto se acostumbran a proporcionar reforzamiento y, después de todo, se siente contento cuando los niños se comportan de forma adecuada. A medida que el período de preparación va avanzando, los niños se van portando cada vez mejor, lo cual refuerza al personal y les hace sentirse «felices». Los niños a su vez, son reforzados por la conducta tranquila, predecible y agradable de los adultos que cuidan de ellos.

El segundo informe es de James T. Shelton, doctor en medicina, y superintendente del Porterville State Hospital (California), que escribió "The use of operant conditioning with disturbed adolescent, retarded boys" (trabajo presentado en el 20th Mental Hospital Institute, Washington, D. C., octubre 1968).

> Un índice de los saludables efectos de la promoción y adiestramiento del personal es el número, comparativamente pequeño, de técnicos psiquiátricos que abandonaron el proyecto. Sólo lo han abandonado 5 de los 20 componentes, en comparación con el 50 % de otros programas. El reforzamiento del personal procede no sólo del progreso de los pacientes sino también de las responsabilidades, mayores de lo acostumbrado, que tienen respecto al programa de tratamiento de dichos pacientes.

Dijo usted que los miembros del personal que tomaran parte en un sistema de fichas, habrían de ser seleccionados entre aquellos que tuvieran más experiencia y competencia dentro del trabajo hospitalario. Aunque esto puede ser deseable, no es necesario, y en algunos casos puede resultar incluso una desventaja.

Las enfermeras y ayudantes que llevan años trabajando en pabellones de tratamiento activo o de simple custodia, han aprendido generalmente a prestar atención a conductas inadaptadas. Casi siempre han dirigido sus esfuerzos hacia el control de conductas no deseables, después que éstas ya se han presentado. De esta forma, las consecuencias de las conductas no deseables pueden, paradójicamente, reforzarlas.

No importa si los métodos han sido punitivos (internamiento, restricciones, medicación o reprimendas verbales) o psicoterapéuticos (tiempo especial dedicado a sentarse o a hablar con un paciente trastornado); de hecho, lo más frecuente es que el resultado final sea un aumento de la conducta que el personal desea controlar. La atención que el paciente recibe por su conducta "enferma" llega a ser muy valorada, especialmente en los casos en que el personal no es muy numeroso.

En un sistema de fichas, la enfermera o ayudante debe invertir el antiguo proceso; debe aprender a proporcionar atención y fichas de forma contingente respecto a la emisión de las conductas deseadas, y aprender a ignorar, en su mayor parte, las conductas no adaptativas (extinción). Más aún, los miembros del personal habrán de asumir un papel mucho más activo y responsable en el tratamiento que el que desempeñaban en situaciones más convencionales. Por ejemplo, han de tomar parte en la formulación de objetivos de conducta y decidir sobre horarios y reforzamientos.

Vuelva a la página 225 y elija la respuesta correcta.

Uno de los objetivos de la mayor parte de los programas en los que se emplean fichas es ir más allá de la conducta desarrollada dentro del hospital, para llegar a la rehabilitación del paciente en la vida extrahospitalaria. Este objetivo es muy ambicioso, especialmente en los casos en que se está trabajando con pacientes gravemente crónicos: esquizofrénicos, retrasados, delincuentes y niños autistas. Para alcanzar este objetivo es necesario utilizar el principio de la *generalización* al estructurar el ambiente de la unidad hospitalaria.

En primer lugar, las conductas-objetivo que van a ser reforzadas, han de tener valor práctico en la vida comunitaria externa al hospital. Las conductas que se van a enseñar al paciente deben definirse en virtud de su utilidad y adecuación para el paciente en el momento en que abandone el hospital y vuelva a su casa o a su trabajo. El ingeniero de la conducta necesita tener conocimiento de las variantes culturales de conducta aceptable que rigen en su sociedad. Se deben enseñar a los pacientes ciertas conductas que no se dan en los hospitales, aun en los más grandes: conducir un autobús, cocinar, lavar y planchar ropa, hacer llamadas telefónicas, utilizar un banco, comprar en un supermercado.

Al trabajar con esquizofrénicos y retrasados, el clínico no puede dar por supuesto que el paciente va a ser capaz de generalizar la conducta aprendida en el pabellón, haciéndola extensiva a la sociedad exterior. Esto significa que el programa deberá delimitar explícitamente los objetivos de conducta para que cubran las exigencias y expectativas que recaerán sobre el paciente cuando sea dado de alta y regrese a su casa, trabajo y medio social. En un sistema de fichas debieran programarse las actividades propias de los ratos de ocio, como jugar a las cartas, a los bolos y asistir a espectáculos teatrales y deportivos. También debe enseñarse la conducta sexual adecuada.

En un sistema de fichas para mujeres jóvenes retrasadas, se enseñó a las pacientes a reconocer el tomate en lata guisado, de una sola marca, y a identificar los precios cuando estaban marcados de una forma especial. Más tarde, cuando algunas de estas mujeres abandonaron el hospital para vivir en el exterior, experimentaron grandes dificultades en la elección de alimentos enlatados en el supermercado. Este problema de generalización de estímulos hubiera podido evitarse antes de que fueran dadas de alta si:

A. Hubieran estado en contacto con diferentes tipos de alimentos envasados y sistemas de precios, y hubieran aprendido cada uno de ellos cuando aún estaban en el pabellón.
B. Hubieran ido a un supermercado local y se les hubiera enseñado los diferentes alimentos enlatados y sistemas de precios.
C. Se hubiera instruido a sus familiares en los métodos de reforzamiento y ellos, a su vez, hubieran enseñado al paciente a seleccionar alimentos enlatados en el supermercado.

Si A y B son buenas soluciones ..... pase a la página 235.

Si A, B y C son todas soluciones válidas ... pase a la página 237.

Al escoger usted las respuestas A y B, parece indicar que sólo el personal del hospital es capaz de aprender técnicas de reforzamiento y llegar a ser unos ingenieros eficaces de la conducta. Esto no es del todo cierto.

No es necesaria ninguna cualificación profesional especial para dominar los principios básicos de la administración de reforzamiento de forma contingente respecto a las conductas deseadas. Alumnos universitarios han llegado a aprender rápidamente los principios del reforzamiento y después han modificado con gran eficacia la conducta de pacientes psicóticos crónicos en los hospitales. Padres de niños autistas han seguido unos cursillos de modificación de la conducta y después han trabajado con sus hijos logrando notables éxitos. Ya veremos en un capítulo posterior que los maestros también pueden aprender a proporcionar refuerzos de forma sistemática y selectiva, para establecer hábitos de estudio entre sus alumnos y extinguir conductas perturbadoras.

Vuelva a la página 237.

He aquí la pauta de tratamiento entregada a las enfermeras del Camarillo State Hospital, en la Unidad de Investigación Clínica, referente a una paciente nueva que es apática e inactiva:

RESUMEN DEL PROGRAMA — CAROL S.

Carol ha de empezar a hacer sus tareas de la mañana, tal como las establece Bill Moon, a las 8 horas. Si ha terminado su tarea correspondiente a la primera hora a las 9 o antes, conseguirá una ficha y un punto en su cartilla. Si no se ha puesto «cargante» (tal como se definió «cargante» en el informe con fecha 7/20), obtiene 5 minutos de conversación, una ficha y 1 punto en la cartilla. Tiene que empezar a trabajar en la tarea siguiente a las 9.05. Se le gratificará por esta tarea de la misma forma que en la tarea anterior.

Si ha obtenido las dos fichas por el trabajo y los dos bonos (con los puntos en la cartilla) a las 10, tiene media hora de descanso para hacer lo que ella desee, pudiendo conversar libremente con el personal, si así lo desea. Si no ha obtenido esto, deberá continuar trabajando, después de 5 minutos de descanso sin conversación. Si obtiene la media hora de descanso a las 10 horas, se reintegrará al trabajo a las 10.30 y continuará trabajando hasta las 11.30 con las mismas contingencias programadas de 8 a 9 (explicadas más arriba).

Las tareas I.T., se han programado de 13 a 15 horas. Obtiene una ficha por cada una de estas horas. Si no asiste a I.T., pierde sus fichas. Si se muestra cargante en este período, someterlo a extinción, no responder de ninguna manera. De 15 a 16 horas, Carol no tiene asignada ninguna tarea, *pero* obtendrá un bono y un punto en su cartilla, si no se muestra cargante. Durante la tarde, ganará un punto y un bono y 5 minutos de conversación libre, por cada hora que continúe sin mostrarse cargante. La última hora es de las 21 a las 22. *También* puede ganar hasta 3 fichas por el trabajo realizado durante la tarde. Habrá de negociarse directamente con Carol para ver si va a obtener ficha y por qué la va a obtener. Recuérdese: ella no tiene que trabajar durante la tarde y los puntos obtenidos en este período no constarán en la cartilla.

A continuación exponemos un resumen de los puntos posibles que puede llegar a obtener en su cartilla:

3 por trabajar aceptablemente durante la mañana (1 por hora)
3 por no mostrar conducta cargante durante la mañana (1 por hora)
3 por mantener su aspecto aseado (1 por hora)
7 si continúa sin mostrarse cargante durante la tarde

16 puntos en total.

Decidió usted que el problema de la generalización de estímulos de las mujeres retrasadas hubiera podido solucionarse con cualquiera de los tres métodos mencionados. Acertó.

Los ingredientes esenciales de cada uno de los programas son: 1) unos agentes de reforzamiento adiestrados para aplicar los principios del modelado y la contingencia, y 2) un ambiente en el que se encuentran los estímulos que el paciente necesita dominar. Vamos a probar con otro ejemplo.

El *señor Blue*, un psicótico crónico, progresó gracias a un sistema de fichas y aprendió a mantener su aseo personal, y ciertas habilidades sociales y ocupacionales. Fue dado de alta y enviado a un hogar adoptivo, pero pronto fue devuelto al hospital a causa de su extraña costumbre de dejar la puerta del baño abierta, aun cuando lo estuviera usando. Su familia adoptiva creía que seguía "enfermo" y lo trajeron para que fuera readmitido.

La causa de esta extraña costumbre del señor Blue era:

> Que estaba expresando así su hostilidad hacia su familia adoptiva y demostrando que quería volver al hospital ..... pase a la página 239.

> Los retretes del hospital no tenían puertas, por tanto él nunca aprendió el requisito social de mantener la puerta del baño cerrada ..... pase a la página 241.

Es difícil romper con las costumbres antiguas. Evidentemente, usted ha olvidado parte del contenido de la primera parte de este libro. Cuando atribuye usted a hostilidad latente y deseos de volver al hospital la costumbre del señor Blue de no cerrar la puerta, se está usted dedicando a la especulación por inferencias. Puede que usted tenga razón, pero vamos a intentar por el momento explicar su conducta de forma más específica y sencilla. No vamos a tratar de adivinar los motivos que subyacen bajo la conducta del señor Blue, por lo menos hasta que no hayamos explorado otras razones más obvias y prácticas de su costumbre de dejar la puerta abierta.

Vuelva a la página 237 y elija la respuesta correcta.

¡Muy bien! Decidió usted que la simple generalización de estímulos podía explicar la costumbre del señor Blue de dejar la puerta del baño abierta cuando usaba el retrete. Probablemente usted ha visitado hospitales mentales cuyos retretes no tienen puertas, a fin de permitir al personal la continua observación de los pacientes. La historia anterior demuestra que es necesario estructurar el ambiente de un hospital mental conforme a las reglas que rigen en el exterior... a menos, claro está, que no haya ningún interés en devolver a los pacientes a la vida en sociedad. Los retretes sin puertas concuerdan perfectamente con los valores y objetivos de las instituciones meramente de custodia.

Vamos a considerar ahora otro tipo de sistema de fichas con el que se rehabilitaron delincuentes juveniles. Pase a la página 243.

En un programa de terapéutica de la conducta que se llevó a cabo en la "National Training School for Boys", en Washington D. C., se emplearon técnicas de reforzamiento para estimular el rendimiento académico (Cohen, 1967). En esta institución penal ya habían fracasado otros procedimientos de premio más convencionales (notas, promociones, diplomas). El principio básico de conducta que cimentaba el proyecto era que la conducta académica o escolar puede establecerse y mantenerse estableciendo una ecología donde las consecuencias positivas o premios sean contingentes respecto de un rendimiento escolar cada vez más elevado.

Los residentes, de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, fueron *empleados* por el personal del proyecto en calidad de "Investigadores en Educación". Los estudiantes recibían puntos que podían canjear por dinero, a medida que iban logrando completar la instrucción programada en asignaturas tales como historia, matemáticas, lenguas extranjeras, gramática y literatura, y cursos técnicos tales como electricidad, carpintería y programación de computadoras. Para obtener puntos, el estudiante tenía que demostrar un 90% de precisión en una área de instrucción. Los estudiantes podían canjear sus puntos por artículos personales en un almacén; entrada a una nave en la que había una máquina tragaperras de música, máquinas vendedoras y televisión; alquiler de un despacho privado en el que podría estudiar; adquisición de comida diferente a la de la institución, y adquisición de billetes de avión para ir a casa con permiso.

Según fue pasando el tiempo, los estudiantes podían canjear sus puntos por programas de instrucción especiales, mediante puntos adicionales que podían obtener trabajando en sus ratos de ocio. Inicialmente se podían conseguir programas de 20 horas semanales, pero los estudiantes pidieron más y se llegó a programar material para 24, 32 y hasta 40 horas; finalmente la escuela tenía que estar abierta incluso por las noches.

En el Walter Reed Hospital se ha llevado a cabo, con éxito, y durante 3 años, un sistema de puntos en un pabellón para soldados con trastornos de carácter. Las situaciones de aprendizaje se estructuraron de tal forma que los déficits de conducta de los soldados pudieran remediarse de forma gradual. El entorno se dispuso como si fuera una unidad militar, de tal manera que los cambios de conducta se hicieran extensivos, se generalizaran, a las tareas del próximo destino de estos hombres. Los objetivos de tratamiento están cuidadosamente especificados en áreas de habilidades educativas, recreativas y sociales; durante dos horas al día el personal y algunos pacientes imparten cursillos sobre materias tales como la reparación del automóvil, hablar en público, el sexo, y primeros auxilios, y los soldados tienen que diseñar un trabajo de equipo, por ejemplo, reconstruir la oficina de correos y club de vuelo de un cuartel; se conceden puntos por trabajar eficazmente en grupo por la consecución de un objetivo común; los soldados reciben puntos por ejercitar el liderazgo y por participar en la organización del pabellón.

La participación es voluntaria y, si un soldado así lo desea, puede pasar todo el día sin hacer nada, excepto comer, dormir y trasladarse a su gusto. Sin embargo, si un soldado participa en alguna actividad, obtiene puntos que puede convertir en ciertos privilegios, tales como televisión, billares, bocadillos y permiso para entrar y salir. "De este modo la unidad hospitalaria emplea un reforzamiento extrínseco, un 'sistema de puntos', en el cual los reforzadores naturales hay que pagarlos con los puntos ganados en las actividades diarias, dentro de la estructura terapéutica del programa. Los pacientes planifican semanal y diariamente las estrategias de obtención, esto es: toman decisiones respecto a conductas que influenciarán el posible reforzamiento en el futuro, un modelo de gratificación que exige un aplazamiento cada vez mayor según el tratamiento va avanzando" (Colman & Baker, 1969).

Se instaló un banco de ahorro, con intereses, para que los estudiantes aprendieran la conducta de "ahorrar". Los puntos no podían transferirse de un estudiante a otro, con lo cual se evitó el robo, el soborno y el chantaje.

El ambiente físico estaba dispuesto para mantener las conductas deseadas, escolares y sociales, y para evitar la ocurrencia de conductas interferentes. Se habilitó una caseta para proporcionar dormitorios individuales con diferentes grados de comodidad y que costaban la correspondiente cantidad de puntos. Se construyeron aulas y una biblioteca, así como despachos privados con teléfono. Un despacho particular le costaba a un estudiante el equivalente de 40 dólares a la semana para una persona que tuviera un salario de 60 dólares semanales. La arquitectura favorecía el estudio. Las conductas propias del internamiento, como pasear, el aburrimiento y la obediencia servil a autoridades aversivas, se redujeron al máximo.

Se dice que los psicópatas y los delincuentes son incapaces de diferir una gratificación. Traducido al lenguaje del análisis de la conducta, estos individuos:

> Tienen ciertas conductas que no son controladas por las contingencias de reforzamiento diferidas ... pase a la página 249.
>
> Sólo responden ante el castigo o reforzamiento positivo *inmediatos* ..... pase a la página 247.

Dice usted que los delincuentes y los psicópatas sólo responden ante el castigo o el premio inmediato. Desgraciadamente este punto de vista de su psicopatología ignora gran parte de algunas verdades que ya conocemos. Por ejemplo, el castigo — aun cuando se haya aplicado inmediatamente después del acto indeseable — no ha conseguido en absoluto evitar las reincidencias. Aunque el castigo, por sí solo, dice al sujeto qué es lo no deseable, no le da ninguna información sobre lo que posiblemente se espera de él, sobre lo deseable. Así, apenas existe la posibilidad de que aparezca una conducta diferente y adaptativa. También es de notar que, paradójicamente, el castigo sirve muchas veces de reforzamiento positivo, puesto que sus propiedades de prestar atención y preocupación pueden llegar a sobrepasar a sus propiedades aversivas.

Es más exacto considerar a los delincuentes y psicópatas como personas capaces de diferir la gratificación en algunas áreas de conducta — por ejemplo, la planificación a largo plazo de actos criminales —, pero no en otras como, por ejemplo, el rendimiento laboral o escolar.

Vuelva a la página 245 y elija la respuesta correcta.

Es de gran importancia para el éxito de los sistemas de fichas el grado de control administrativo ejercido por el personal del proyecto en la distribución de premios a los pacientes de forma coherente y sistemática. Si existen otras fuentes de gratificación para los pacientes, especialmente si los requisitos de la fuente de refuerzos competidora están en contradicción con los objetivos del proyecto, la eficacia del sistema de fichas disminuirá o se perderá por completo. Esta situación puede desarrollarse dentro del mismo sistema de fichas, por ejemplo cuando un miembro del equipo, de forma intencionada o no intencionada, sabotea las contingencias de reforzamiento al proporcionar fichas a los pacientes cuando no lo merecen u olvidándolas cuando los merecen.

Un sistema de fichas que se instauró en un *Job Corps*, fracasó porque los sujetos estaban expuestos al programa sólo parte del día. Se les reforzaba cuando realizaban un trabajo constructivo y cuando participaban verbalmente en reuniones de grupo, pero cuando volvían a sus dormitorios, estos efectos desaparecían a causa de otros objetivos competitivos establecidos por los compañeros. Otros programas se han visto dificultados por no haber sido garantizada la cooperación de ciertos escalones administrativos influyentes. Para que un programa tenga éxito, es necesario que todas las jerarquías del personal, desde el superintendente hasta las jefas de enfermeras, pasando por los auxiliares que facilitan la comida o los servicios de portería, han de sentirse comprometidos en la consecución de los objetivos. Hay que dar un cierto enfoque social a la administración de los sistemas de fichas y el director ha de saber captar todas las influencias que pesan sobre los pacientes y los miembros del personal.

Sabemos que los delincuentes y los psicópatas pueden elaborar planes criminales durante largos períodos de tiempo antes de recibir algún tipo de recompensa. Para establecer la estrategia del robo de un banco o escapar de una prisión es necesario diferir la gratificación. Sin embargo, otro tipo de conductas, como las actividades escolares o laborales, apenas resisten el retraso de la gratificación. Podemos suponer que tales conductas adaptativas han sido muy escasamente reforzadas — incluso a nivel inmediato — entre los delincuentes, y por tanto nunca han llegado a formar parte de sus repertorios de conducta.

En el proyecto de la *National Training School*, se programan las contingencias de tal modo que las conductas prosociales queden bajo el control de un reforzamiento diferido. Los puntos (reforzamiento) concedidos por la conducta escolar, se entregan, al principio, inmediatamente después de cumplida la tarea, pero según va avanzando el programa, el estudiante recibe sus puntos cada semana o cada semestre. Los estudiantes también aprenden a trabajar por reforzamientos diferidos cuando se ven obligados a guardar los puntos para comprar más tarde algún premio especialmente caro, como un tocadiscos o un billete de avión para ir a casa.

También puede decirse que estos estudiantes hicieron grandes avances en otros aspectos al margen de los cursos académicos y de la adaptación al sistema de puntos. Al cabo de un período de ocho meses, los 28 estudiantes habían avanzado, por término medio, un curso en su nivel de lectura, ortografía y aritmética. Ganaron también, por término medio, 12 puntos en los C.I. Estas y otras medidas de progreso resultaron ser altamente significativas, desde un punto de vista estadístico. Aunque el programa estaba destinado a mejorar el rendimiento escolar, la conducta social de los estudiantes también sufrió cambios. Apenas se presentaron problemas de disciplina, y los estudiantes comenzaron a modelar su vocabulario y forma de vestirse según los del personal. Pero quizás el mejor índice del éxito obtenido en este programa sea el hecho de que la nueva *Federal Training School*, que acaba de inaugurarse en Virginia Oeste, haya incorporado muchos de los rasgos característicos del sistema de puntos a su gestión administrativa.

RESUMEN DEL CAPÍTULO XII

1. El sistema de fichas constituye un medio terapéutico basado en los principios del reforzamiento. Los pacientes obtienen puntos cuando demuestran mejoras en sus conductas de aseo personal, sociales y de trabajo. Las fichas pueden cambiarse por artículos, objetos de consumo, actividades y privilegios que el paciente desee.

2. El sistema de fichas introduce en el pabellón hospitalario las contingencias que funcionan en el mundo "real", exterior.

3. Una técnica cuyo uso ha dado resultados positivos, es la que consiste en aumentar alguna conducta deseable, y que inicialmente aparece con poca frecuencia, haciendo contingente a esta conducta la oportunidad de dedicarse a otra conducta que ocurre con gran frecuencia.

4. En los sistemas de fichas se pueden usar programas individualizados de reforzamiento, así como procedimientos de modelado.

5. Los sistemas de fichas se han empleado para mejorar las conductas de diferentes tipos de pacientes, entre los que se cuentan psicóticos crónicos, retrasados y delincuentes.

13. Terapéutica de la conducta con niños esquizofrénicos

La capacidad de la terapéutica de la conducta para modificar la conducta anormal ha sido sometida a una dura prueba al enfrentarse con niños autistas y esquizofrénicos. Estos niños están extraordinariamente aislados, apenas responden a las intervenciones psicoterapéuticas convencionales y tienen repertorios de respuestas muy extrañas. Emplean largos períodos de tiempo en actividades autoestimulantes, como mecerse, dar vueltas, aletear con los brazos y acariciarse a sí mismos, y —lo que es más peligroso— muchos de ellos son altamente autodestructivos. Se les ha visto morderse, desgarrarse la piel y la carne hasta llegar a verse el hueso, escarbarse los ojos hasta quedarse ciegos, y dedicarse a golpearse la cabeza persistentemente hasta el punto de causarse hematomas. Muchos de ellos han permanecido durante años en estado de privación total de libertad física. El niño autista apenas tiene ninguna conducta social y su lenguaje es sumamente pobre, algunos son ecolálicos y otros mudos.

Hace aproximadamente diez años que los psicólogos empezaron a estudiar a estos niños desde el punto de vista del análisis experimental de la conducta. Se descubrió que sí tenían cierta capacidad de aprendizaje y que su conducta cambiaba si se programaba su ambiente de forma que les proporcionara gratificaciones inmediatamente contingentes a los cambios deseados. Los premios ante los cuales estos niños respondían eran la comida y los dulces; en cambio no se sentían afectados por la atención, la alabanza o el afecto de los adultos. Así pues, estos niños no sólo tienen grandes déficits y excesos en sus conductas, sino que además carecen de respuestas ante las gratificaciones sociales. Aquello que refuerza la conducta de los niños normales, no logra influir sobre la conducta de los niños autistas.

Ricky es un niño autista de 11 años, que, a causa de su conducta gravemente autodestructiva, ha permanecido durante 7 años sin poder hacer uso de sus brazos y piernas. Se ha producido heridas tan grandes y frecuentes que algunas permanecen continuamente abiertas, en las mejillas y parte posterior de la cabeza, y sangran a veces profusamente. También se ha roto la nariz. En el pasado, cada vez que se le dejaban en libertad las manos o las piernas, inmediatamente se hacía daño y, como consecuencia, las enfermeras corrían hacia él, le cogían, le tranquilizaban y volvían a privarle de toda libertad física. Después de haber sido trasladado a una unidad de terapéutica de la conducta, Ricky recibió ciertos cuidados que acabaron con su conducta autodestructiva. ¿Qué procedimiento dio resultado?

Se liberó a Ricky de las ataduras y se le situó en una habitación guateada, en la que no podía ver a ningún miembro del personal del Hospital. Permaneció una hora al día en la habitación, hasta que su conducta de autodestrucción desapareció ... . pase a la página 259.

Se liberó a Ricky de las ataduras y se le proporcionó gran cantidad de cariño. Las enfermeras pasaban una hora al día con él, diciéndole que era un buen muchacho y que no tenía que golpearse. Estas sesiones afectivas duraron hasta que dejó de hacerse daños graves en el momento en que se le quitaban las ataduras ..... pase a la página 257.

No existe un procedimiento mejor para asegurarse de que la conducta autodestructiva seguirá produciéndose. De hecho, el darle a Ricky muestras de simpatía de forma contingente respecto a sus conductas mutilantes, era el medio por el que dichas conductas se habían mantenido durante los siete años anteriores. Las enfermeras le prestaban gran cantidad de atención cada vez que le ponían en libertad y comenzaba a dañarse. Este programa intermitente de reforzamiento fue lo que hizo la conducta autodestructiva muy resistente a la extinción.

Vuelva a la página 255 y elija la respuesta correcta.

Los métodos de condicionamiento operante se han utilizado para instaurar habilidades básicas y muy útiles en niños autistas y otros tipos de niños hospitalizados. Metz (1968) describe su propio trabajo consistente en enseñar a niños hospitalizados a lavarse las manos solos antes de comer.

> Empezamos por situar a dos adultos a la puerta del comedor. En el momento en que un niño intenta entrar se le corta el paso. Una ficha, como las del póker, es colocada en la mano del niño y después se le guía la mano, con ficha incluida, a una caja con una ranura que sostiene el segundo adulto. Se le enseña a introducir la ficha en la caja, e inmediatamente después se le introduce en el comedor. La distancia entre la persona que da las fichas y la que tiene la caja se va aumentando gradualmente, hasta que los niños tienen que salirse de su camino habitual para obtener las fichas. En este momento, la persona que tiene las fichas está en el cuarto de baño y comienza a exigir ciertas cosas de los niños antes de entregarles la ficha. Primero se les da la ficha sólo por poner una mano debajo del agua. Los requisitos van aumentando hasta que se consigue toda una secuencia de respuestas entre las que se incluyen: lavarse con jabón, secarse, depositar la toalla de papel en el repiciente adecuado, coger la ficha, depositarla en la caja (que ya no está sostenida por nadie) cerca de la puerta del comedor. Por último, se eliminan las fichas y la caja, de forma que los niños realizan todas las respuestas de forma rutinaria sin necesidad de supervisión. El personal que se ocupaba hasta este momento de instaurar esta conducta, puede dedicarse ahora a instaurar otras conductas rutinarias, como vestirse y asearse. El efecto general de este procedimiento crea un sentido del orden y un sentimiento de autocontrol en estos niños, de por sí muy desorganizados; les proporciona ciertas habilidades muy útiles desde un punto de vista personal y social, crea una atmósfera emocionalmente satisfactoria durante la realización de cada una de estas actividades y deja en libertad a las enfermeras para que se ocupen con los niños en otros trabajos más creativos.*

* Reproducido con autorización del autor y de "Scientific Publications", Departamento de Higiene Mental, Estado de California. Tomado de "Operant Conditioning in Behavior Therapy: Some Illustrations and Reflections", en *California Mental Health Research Symposium N.º 2*, 1968

Parece que es usted muy consciente de que los estímulos ambientales son cruciales en el mantenimiento de la automutilación. La atención y simpatía que la conducta autodestructiva genera entre las enfermeras claramente refuerza la misma conducta que se desea eliminar. Aislar a Ricky condujo, inicialmente, a que aumentaran en intensidad los golpes que se daba a sí mismo, pero gradualmente los golpes fueron disminuyendo hasta que desaparecieron del todo. Reconocerá usted este procedimiento como lo que habíamos llamado "extinción"; esto es, se suprime el refuerzo que estaba manteniendo la conducta. Existen muchas diferencias en cuanto al tiempo que se necesita para extinguir estas conductas. Como es posible que algunos niños lleguen a causarse la muerte si se espera a que se extinga esta conducta de forma gradual, se ha ideado otra técnica: además del aislamiento interpersonal, el niño recibe en el brazo una descarga eléctrica inofensiva, pero dolorosa, cuando comienza a golpearse. Este procedimiento tiene unos efectos muy rápidos, los golpes desaparecen y no vuelven a aparecer al cabo de pocos intentos. Si el terapeuta añade un "NO" muy fuerte a la descarga eléctrica, en el futuro se podrá emplear el "NO" para impedir nuevos golpes, ya que la palabra "NO" se convierte en un estímulo eficaz.

Lovaas (1967), que es la persona que más ha trabajado con niños autistas, señala que:

> con estos niños se han ensayado prácticamente todos los tratamientos posibles, sin resultado. Más aún, nuestros datos indican que el tratamiento tradicional, consistente en la comunicación de afecto y apoyo cada vez que el niño se muestra autodestructivo, sólo consigue empeorar las cosas. Es pues evidente que las definiciones de la relaciones afectivas o punitivas entre el niño y las personas que lo cuidan, no deben hacerse en términos de la propia conducta respecto al niño, sino más bien basándose en los efectos que esa conducta tiene sobre el niño. Mostrar afecto al niño autodestructivo es agredirle. Causarle dolor para disminuir la autodestrucción del niño, es demostrarle cariño.

El uso ocasional de descargas eléctricas benignas también ha producido otros resultados provechosos en otras circunstancias. Hablaremos de esto en la página 261.

Una forma eficaz de conseguir que la aprobación, la atención y el afecto de los adultos gratifiquen al niño autista, consiste en simultanear premios biológicos (comida, dulces) con cualquier indicación de que el niño responde al medio social. Lovaas (1967) daba a los niños comida sólo cuando respondían de forma sistemática a ciertos hechos sociales. En otras palabras, el niño era reforzado con comida cada vez que demostraba atención hacia los adultos. Sin embargo, se comprobó que este método era poco práctico y bastante pesado.

Entonces Lovaas y sus colaboradores intentaron establecer la atención del adulto como algo reforzante, asociándola con la terminación de dolor. Sus razones eran las siguientes:

> Partimos de la suposición de que el valor de las relaciones interpersonales se debe, en gran parte, a que las personas son la causa de que se acabe la ansiedad en muchos casos. El amor que un niño siente por sus padres puede deberse, en gran parte, a la ayuda prestada por los padres cuando el niño tiene miedo. De este modo, haciendo desaparecer el miedo, los padres se convierten en una señal de salvación; a partir de aquí los padres pueden adquirir, por sí mismos, cualidades reforzantes positivas. Durante toda su vida el padre actúa de la misma manera respecto al hijo. En el momento en que el niño demuestra alguna tensión biológica, durante su primer año de vida, es frecuente que el padre le tome en sus brazos, le arrulle, siendo el instrumento que aleja la molestia biológica. Cuando el niño crezca pedirá ayuda a sus padres cuando experimente alguna tensión, fracasos en la escuela, pesadillas nocturnas, etc...

Los niños recibían primero una descarga eléctrica inofensiva y más tarde unos azotes, cada vez que exhibían conductas autodestructivas; ambos se acababan en el momento en que el niño daba alguna respuesta de tipo social. Cualquier aproximación a una respuesta social, como la simple mirada dirigida a uno de los terapeutas, se reforzaba haciendo que terminara la descarga. De esta forma, la aparición de dolor servía para suprimir conductas no deseables y la desaparición del dolor para fortalecer respuestas sociales deseables.

Extracto de la obra de J. Richard Metz "Operant Conditioning in Behavior Therapy: Some Illustrations and Reflections" aparecida en el *California Mental Health Research Symposium N.º* 2, 1968:

> Una de las opiniones erróneas sobre el condicionamiento operante dice así: el condicionamiento operante es una forma inconveniente de modificar la conducta porque manipula desde el exterior, sin provocar interés hacia la tarea en sí misma. El entorno ejerce un control externo tal que el individuo pierde su libertad y sentido de la autodeterminación. Estas visiones de un método oscuramente maquiavélico preocupan tremendamente a aquellos que valoran los ideales democráticos de la autodeterminación y la ausencia de coacción externa. Por propia experiencia puedo decir que, por lo menos cuando se trata de niños con trastornos graves, partimos de un punto en que el individuo está ya bastante falto de autocontrol y que está casi totalmente a merced de su entorno. Es un individuo realmente aislado. Apenas tenemos influencia sobre él, pero al mismo tiempo él no tiene apenas influencia sobre nosotros. Aunque somos nosotros los que iniciamos el proceso de tratamiento, creo que es conveniente considerar la terapéutica de la conducta como una interacción entre paciente y terapeuta, que nos va conduciendo, paso a paso, hacia una mayor capacidad para *influenciarnos mutuamente*. A veces bromeo con mis ayudantes cuando damos un salto mortal para reforzar a un paciente, y les digo que no sé quién está condicionando a quién en ese momento. A medida que el niño va adquiriendo hábitos sociales, tales como pensar con lógica, usar el lenguaje, discutir y persuadir, es evidente que se coloca bajo un mayor control de su entorno social, pero también es evidente que él ejerce un control similar sobre ese mismo ambiente. Se convierte, tal como solemos decir, en un individuo realmente independiente.°

° Reproducido con autorización del autor y de "Scientific Publications", Departamento de Higiene Mental, Estado de California. Tomado de "Operant Conditioning in Behavior Therapy: Some Illustrations and Reflections", en *California Mental Health Research Symposium, N.º 2*, 1968.

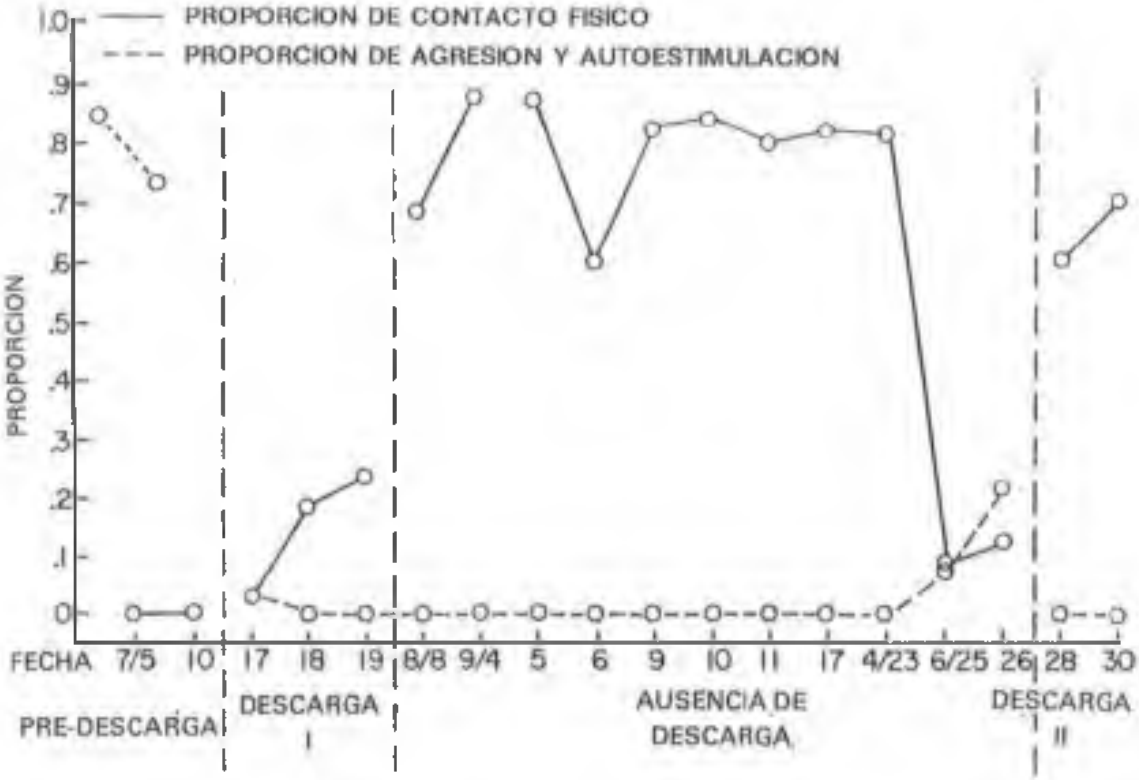

FIG. 7. Uso de descargas para generar conductas sociales en un niño autista autodestructivo. (Lovaas, O. I.; Shaffer, B. y Simmons, J. Q. "Experimental Studies in Childhood Schizofrenia: Building Social Behavior in Autistic Children by the Use of Electric Shock", *J. Exptl. Research in Personality*, 1965, Vol. 1, pág. 105. *Copyright* Academic Press, New York 1965.)

El paso final de este proceso consistió en implicar una gran cantidad de estímulos sociales en los terapeutas y asociarlos con la terminación del dolor, contribuyendo de esta forma a que los terapeutas se convirtieran en reforzadores positivos de cara al futuro. En el momento en que el niño mostraba alguna de las conductas sociales esperadas y el dolor desaparecía, el terapeuta cogía al niño en brazos, le besaba y le abrazaba. Se suplieron las descargas eléctricas, un procedimiento más bien experimental, por azotes, a causa de que estos últimos están más cercanos a las experiencias de la vida real y por tanto es más probable que se produzcan efectos generalizados fuera del hospital. La figura n.º 7 muestra algunos datos referentes a uno de los pacientes tratados por Lovaas (1967); puede verse el efecto de la descarga sobre las conductas patológicas y sociales.

Cuando se fortalece la conducta social suprimiendo un dolor de forma contingente respecto a la aparición de dicha conducta, se está empleando:

Reforzamiento negativo.
Castigo.
Reforzamiento positivo.

Pase a la página 265 para hallar la respuesta correcta.

La respuesta correcta era: reforzamiento negativo. Se trata de un proceso por medio del cual una respuesta concreta aumenta a causa de la desaparición contingente de un estímulo aversivo. El castigo se define como la *debilitación* de una conducta a causa de sus consecuencias aversivas. Tanto en el reforzamiento negativo como en el castigo, la fuerza motora es un estímulo aversivo. Para que se dé reforzamiento negativo el individuo ha de tener la oportunidad de comportarse de tal forma que pueda evitar o huir del estímulo aversivo. En el castigo no existe la posibilidad de escapar y la conducta que conduce hacia el "dolor" disminuye. Reforzamiento positivo es el procedimiento por el cual alguna acción aumenta en frecuencia porque genera consecuencias positivas o premios. Si tiene usted alguna duda por lo que respecta a estas definiciones básicas, vuelva a leer el contenido del Capítulo III.

Una de las aplicaciones más interesantes de la terapéutica de la conducta con niños, de gran importancia para la salud mental pública y para la psiquiatría preventiva, es la enseñanza de los principios del aprendizaje a los padres. Se han llevado a cabo diversos seminarios y reuniones de trabajo, dirigidos por terapeutas de la conducta en centros universitarios y por asociaciones nacionales de padres con niños con trastornos emocionales. Los padres aprenden los principios básicos del reforzamiento, la extinción, la discriminación, la instrucción y el modelado por medio de presentaciones didácticas, películas y demostraciones prácticas. Se les encargan ciertos trabajos que han de realizar en casa, tales como señalar los problemas de conducta y los objetivos deseados para sus hijos y después hacer registros de los progresos conseguidos por medio de la actuación sobre la conducta.

Existen dos manuales excelentes, programados, que ilustran los principios de la conducta con ejemplos prácticos (Patterson y Gullion, 1968; Smith y Smith, 1966). Hay algunos informes acerca del éxito de la actuación de los padres (Walder, 1966; Lovaas, 1967) y se están haciendo planes para extender estas oportunidades educativas a los padres de recién nacidos, en un esfuerzo por evitar los trastornos de la conducta desde sus inicios. Es muy lógico que sean los padres quienes empleen técnicas de modificación de conducta, ya que ellos son los que proporcionan los reforzamientos más importantes a los niños y suya es la responsabilidad de escoger unos objetivos razonables.

Los niños autistas y esquizofrénicos muestran déficits notables e el uso del lenguaje. Muchos son mudos, y otros sólo son capaces de reproducir, como un eco, lo que otra persona dice. Todos ellos usan de forma inadecuada el lenguaje abstracto.

Los terapeutas de la conducta, siguiendo a Lovaas, han progresado substancialmente en la ayuda prestada a estos niños con el fin de que desarrollen habilidades verbales comunicativas. El primer paso en este "programa" de lenguaje consiste en enseñar al niño a imitar palabras. La imitación es uno de los procesos que mayor importancia tienen en la adquisición de lenguaje en niños normales, y también en otros tipos de conductas. Lovaas (1967) describe así los pasos de discriminaciones sucesivas que implica el adiestramiento de la imitación verbal:

Paso 1: Reforzar cualquier vocalización del niño, para aumentar la emisión total de verbalizaciones.

Paso 2: Reforzar la conducta verbal del niño, sólo cuando ésta se da como respuesta al lenguaje del terapeuta.

Paso 3: Reforzar discriminaciones más exactas, premiando al niño sólo cuando imita con precisión los sonidos emitidos por el terapeuta.

Paso 4: Repetir el paso 3 con otro sonido, exigiendo que el niño vaya discriminando cada vez mejor y reproduciendo con más exactitud antes de premiarle.

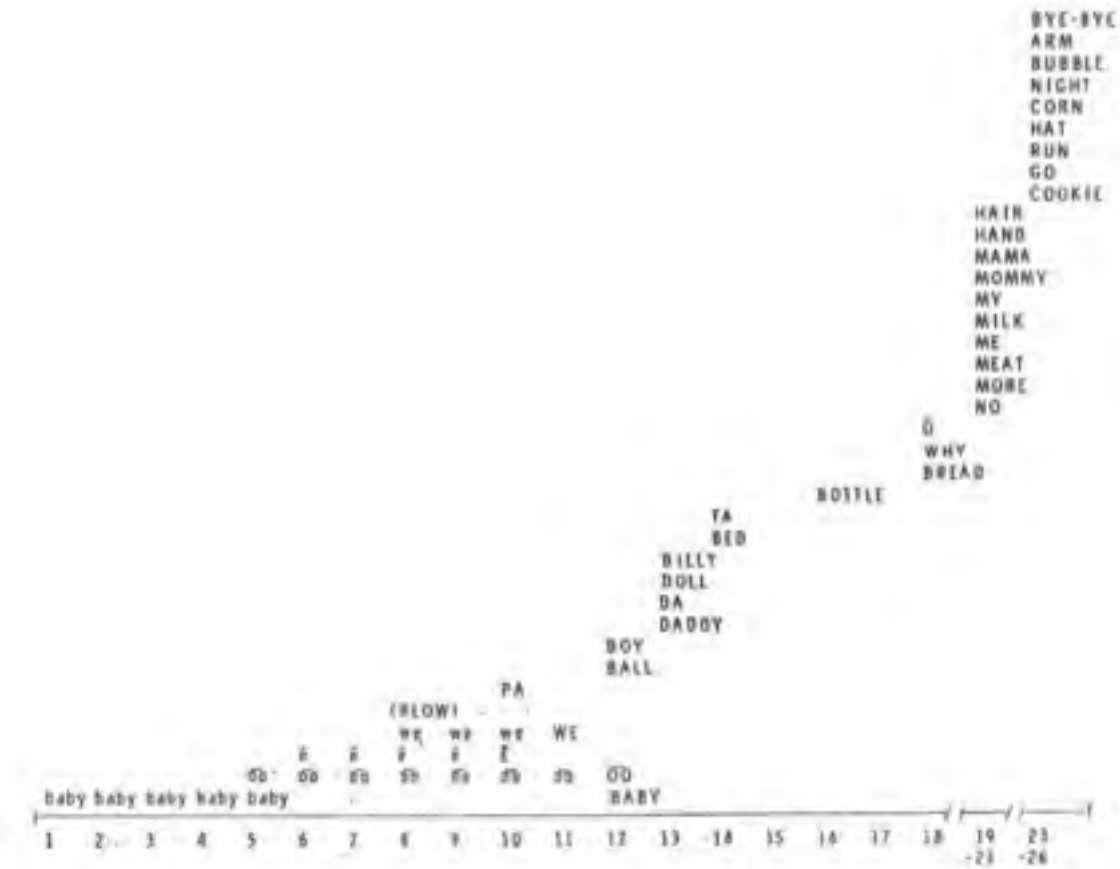

Fig. 8. Adquisición de vocabulario en un niño autista. (De Lovaas, O. I. y cols., "Adquisición of Imitative Speech in Schizofrenic Children". *Science*, Vol. 151, página 706, febrero 11, 1966. Copyright 1966, por la American Association for the Advancement of Science.)

Se parte de sonidos claramente diferentes (por ejemplo, la consonante "m" y la vocal "o"), y se van siguiendo estos pasos, enseñando de esta forma al niño a imitar un número cada vez mayor de sonidos, palabras y frases. El aprendizaje verbal empieza con la imitación, ya que el niño aprende a discriminar al ser reforzado diferencialmente por sus progresos graduales. Los terapeutas han comprobado que los niños cada vez adquieren palabras nuevas con mayor rapidez, una vez iniciado el proceso, y así, tras unos veinte o treinta días, el niño puede imitar prácticamente cualquier sonido que se le presente. En la Figura 8 se muestra la curva de adquisición de un niño tratado por Lovaas.*

Como la imitación de sonidos y palabras se reforzaba sistemáticamente, el proceso condujo a una situación en que la conducta imitativa en sí misma iba adquiriendo características gratificadoras. Como decía Lovaas (1967):

> Después de haber alcanzado ciertas etapas del aprendizaje, el niño mejorará en la enunciación de palabras, sin necesidad de

* Reproducido con autorización de la "American Association for the Advancement of Science", Washington, D. C.

reforzamiento extrínseco. Este hallazgo es importante porque se opone al estereotipo tan popular del robot o autómata, incapaz de funcionar con independencia. Nuestro experimento demuestra claramente que estos niños pueden, una vez alcanzado cierto nivel de aprendizaje, adquirir por sí mismos ciertas conductas, simplemente escuchando y mirando.

Después de dominar la imitación del lenguaje, el niño autista todavía debe aprender a adjudicar un significado a las palabras: un caso de aprendizaje discriminativo. Esto se consigue enseñando al niño el contexto adecuado en el que debe usar la palabra. El primer paso consiste en ayudar al niño a dar nombres y describir su entorno, incluyendo la conducta propia y la ajena. En principo se le enseña a asignar nombres a objetos sencillos, a llamar a la carne, "carne", y a un perro, "perro". Más tarde se desarrollan discriminaciones más elaboradas, entre las que se encuentran los conceptos de tiempo, preposiciones y pronombres.

El segundo paso consiste en enseñar al niño a comportarse de acuerdo con ciertas claves verbales del entorno. En este estadío del programa de lenguaje se llegan a dominar conductas como obedecer instrucciones verbales y pedir objetos o alimentos. Un ejemplo consistiría en dar al niño un juguete cuando dice: "Por favor, dame el juguete". En el tercer paso se enseña al niño la conversación propiamente dicha. Los niños han de aprender a hablar y escuchar de forma inteligible; por ejemplo, un niño puede aprender a nombrar los muebles de una habitación cuando se le pregunta: "¿Qué tipo de muebles hay en esta habitación?" La espontaneidad también puede enseñarse, reforzando a los niños cada vez que relatan sus sentimientos y sus reacciones inmediatas ante diversos sucesos.

Lovaas (1967) describe así este proceso:

> Estas discriminaciones se van construyendo mediante pasos graduales y conllevan el uso de técnicas de «atenuación» *(fading)* y «sugerencias» o «ayudas» *(prompts)*. Es decir, puesto que los niños no podían emitir la conducta verbal correcta o no sabían como comportarse no verbalmente, nosotros sugeríamos al niño la respuesta correcta, diciéndole qué era cada cosa, moviéndole físicamente para que diera la respuesta correcta, o ayudándole activamente de cualquier otra forma para que se comportara correctamente. En las etapas siguientes estas ayudas se eliminan progresivamente, de forma que el adulto cada vez interviene menos en la conducta del niño, hasta que éste puede emitir la respuesta adecuada en la mera presencia de los estímulos adecuados. Con este mismo paradigma, hemos procedido paso a paso para enseñar al niño el uso de respuestas adecuadas ante conceptos tales como color, tamaño, forma, preposiciones, pronombres y tiempo.

RESUMEN DEL CAPÍTULO XIII

1. Los niños autistas o esquizofrénicos plantean problemas de gran importancia a las técnicas de modificación de conducta, ya que tienen grandes excesos y defectos en sus repertorios de conductas.

2. La modificación terapéutica se consigue programando el ambiente de estos niños, de tal forma que los castigos y premios sean sistemáticamente contingentes respecto a la conducta deseable e indeseable.

3. Cuando se aplica una descarga eléctrica, dolorosa pero inofensiva, contingente respecto de conductas autoagresivas, estas conductas desaparecen rápida y fiablemente. Si a la descarga se asocia un reforzamiento positivo, administrado cuando se producen conductas socialmente adecuadas, los efectos del tratamiento son más duraderos.

4. La imitación y el reforzamiento son técnicas con las que se han conseguido grandes progresos en la instauración de un lenguaje comunicativo en niños mudos y ecolálicos.

14. Las técnicas operantes en el aula

La alabanza, la atención y la aprobación dispensadas por los profesores sirven para reforzar positivamente la conducta de los estudiantes a las que hacen referencia. La conducta puede quedar reforzada en un sentido u otro, según el momento y la forma en que el profesor o maestro dispense su atención. La mayor parte de los maestros empiezan el ejercicio de sus carreras con un mínimo de experiencia respecto a la forma de mantener una clase bajo un control razonable. Algunos profesores aprenden métodos de control rápida e intuitivamente; otros no los llegan a aprender nunca, y esto repercute desfavorablemente en la eficacia de la enseñanza. El desarrollo de ciertos métodos de reforzamiento para modificar la conducta inadaptada en la clase permite poner al alcance de todos los interesados este tema tan largo tiempo olvidado. Se han llegado a modificar un gran número de respuestas inadaptadas, como el llanto, la excesiva dependencia del profesor, el absentismo en el juego, las relaciones interpersonales escasas, las pataletas, la agresividad excesiva, el uso inarticulado del lenguaje, la hiperactividad y los juegos excesivamente alborotados o simplemente salvajes (O'Leary y cols., 1969; Harris y cols., 1964; Thomas y cols., 1968; Homme, 1969; Madsen, 1970).

Uno de los métodos que más se han usado para demostrar el poder que el maestro tiene como reforzamiento social, consta de cinco fases. En la primera fase se observa la conducta del alumno(s) a fin de obtener un nivel basal de la conducta. Las observaciones generalmente se centran en los problemas de conducta y las posibles conductas alternativas y más adecuadas. También se miden las respuestas que el maestro da a los alumnos.

En la segunda fase se enseña al maestro a cambiar sus pautas de respuesta ante los estudiantes. Si, por ejemplo, una maestra ha estado respondiendo con azotes a unas conductas no deseables, ahora las ignorará completamente. Ni castigará, ni se sentirá ofendida; simplemente cerrará sus ojos y oídos a este tipo de conductas. Si anteriormente no ha prestado atención a las conductas deseables, pero poco frecuentes, ahora tendrá que detectarlas inmediatamente y reforzarlas cada vez que se produzcan. Esta segunda fase continúa hasta que el profesor logra producir los cambios deseados en los alumnos. Los niños son muy sensibles a la atención que les dispensa el profesor y este método se ha mostrado casi siempre útil. En ocasiones la atención simplemente no logra aumentar la frecuencia de las conductas deseadas, y en esos casos se emplean otros sistemas, fichas, por ejemplo. Las fichas (*ver* capítulo previo sobre

este tema) sirven como reforzadores condicionados y pueden cambiarse por dulces, monedas o juguetes.

En la tercera fase se vuelve a las condiciones previas establecidas en el nivel basal. Se dan instrucciones al profesor para que vuelva a su anterior forma de conducta. Esta "vuelta" a la primera fase prueba que las contingencias de reforzamiento fueron las responsables de los cambios de conducta. Cuando el maestro invierte de nuevo el centro de su atención, los niños invertirán sus conductas y volverán a las propias del nivel basal. Aunque la fase de "inversión" se usa fundamentalmente como una "prueba" experimental, también sirve para proporcionar al maestro cierta confianza en sí mismo, pues comprueba que sabe construir un entorno lo más favorable posible para sus alumnos mediante el uso selectivo de la atención y la alabanza. A medida que se va acumulando las pruebas científicas sobre el uso de la manipulación de contingencias en el aula, puede a la vez irse suprimiendo esta fase de comprobación.

En la fase cuarta, el maestro vuelve a centrarse en la conducta "buena", siguiendo el procedimiento experimental que demostró ser efectivo durante la segunda fase. Es característico que los niños recobren la conducta deseada rápidamente. En la fase quinta se emplean unas técnicas que tienen por objeto hacer la conducta deseada más duradera y susceptible de generalizarse. El profesor transforma el reforzamiento continuo en intermitentes y sustituye su atención por formas más naturales de reforzamiento. Estas formas más naturales de reforzamiento pueden derivarse de la atención y alabanza que otros alumnos de la clase manifiesten ante las conductas más adaptadas, o de la satisfacción intrínseca que ahora sienta el niño, antes niño-problema, al intervenir en actividades escolares o sociales.

La esencia de estos estudios de modificación de la conducta reside en las formas comunes, pero muy potentes, de atención que el profesor dispensa a los alumnos: miradas, sonrisas, señales de asentimiento, así como respuestas directamente verbales. Lo que el profesor proporciona a sus alumnos no se altera; sólo cambia el "cuándo" lo proporciona.

Un ejemplo será suficiente para ilustrar este método. Una niña de cuatro años, muy retraída y apegada a los adultos, recibió elogios por parte de su maestra cada vez que exhibía conductas encaminadas hacia los demás niños. Para modelar esta conducta, interacción con sus compañeros, la maestra tuvo que reforzar al principio el simple hecho de que la niña mirara a los otros niños. A fin de que hubiera mayor número de ocasiones de reforzar a la niña positivamente, la profesora facilitó a la niña las interacciones colocando a otros niños en el área de juego de la niña. En un período relativamente corto se triplicaron las interacciones de la niña con sus compañeros. Durante la fase tercera o de inversión, la interacción de la niña con sus compañeros decayó precipi-

tadamente, a pesar de que los niños se mantenían cerca de su área de juego. El contacto con los niños de su edad volvió a reinstaurarse tan pronto como la maestra, en la fase cuarta, elogió a la niña por mostrarse sociable con los niños. La cooperación y juego con otros niños se solidificó cuando se pasó a un reforzamiento intermitente, al mismo tiempo que los juegos sociales iban asumiendo el papel reforzante que antes detentaba la maestra.

Robbie era un alumno especialmente revoltoso que, además, estudiaba muy poco. El nivel basal demostró que Robbie sólo estudiaba durante un 25 % de los períodos destinados a estudio. (Estudiar se definió de la siguiente manera: mantener el lápiz sobre el papel durante dos segundos o más, dentro de un intervalo de 10 segundos.) Las conductas que ocupaban el 75 % del tiempo restante eran: hacer ruido con gomas elásticas, jugar con juguetes que tenía en el bolsillo, charlar y reír con los compañeros de clase, beberse lentamente la leche y jugar después con el envase vacío. Durante el período de establecimiento del nivel basal, se observó que el maestro animaba a Robbie a menudo para que trabajara más y le regañaba cuando charlaba y haraganeaba. La mitad de la atención que Robbie recibía de su profesor se debía a su conducta de "no-estudio".

La conducta holgazana y perturbadora de Robbie:

> Era el resultado de un problema que Robbie tenía en casa y a su falta de madurez para comportarse adecuadamente en una situación escolar ..... pase a la página 283.

> Era consecuencia de las contingencias inadvertidas de reforzamiento proporcionadas por su maestro ..... pase a la página 285.

No debe usted permitirse el hacer interpretaciones referentes a la vida familiar de Robbie. Es muy posible que Robbie tenga problemas en casa, con sus padres o hermanos, pero nuestro interés ahora se centra en los problemas de conducta que se ponen de manifiesto en la clase. Vemos primero si existen razones de peso en la escuela que expliquen la mala conducta del niño, antes de lanzarnos a sacar conclusiones respecto a las causas procedentes de su casa. La clave está en la información que usted tiene respecto a la atención que el profesor presta a la conducta de "no-estudio".

Y en lo concerniente al valor de la "insuficiente madurez (o fuerza del yo) para comportarse adecuadamente en una situación escolar", baste decir que sólo es una expresión que replantea de nuevo el problema de Robbie, sin explicarlo. Demasiado a menudo estos términos, "inmadurez" o "escasa fuerza del yo" son sólo cajones de sastre en los que se acumula la ineficacia frustrada de maestros y terapeutas.

Vuelva a la página 281 y relea el texto con cuidado antes de seleccionar la respuesta correcta.

Dice usted que los problemas de Robbie en la clase se derivan de las inadecuadas contingencias de reforzamiento proporcionadas por el maestro. ¡Totalmente correcto! Está usted fuerte en análisis de la conducta. Teniendo en cuenta que el 50 % de la atención que Robbie recibe de su maestro se centra en sus conductas de "no-estudio", no es de extrañar que sea perezoso y revoltoso. La distracción y las acciones inoportunas son la ruina de los maestros y parece que, de forma casi refleja, suscitan reprimendas y exhortaciones. La conducta verbal de algunos maestros parece componerse exclusivamente de advertencias, órdenes y reprimendas. ¡Si supieran que sus esfuerzos por suprimir las conductas perturbadoras sólo sirven para aumentarlas!

Pase a la página siguiente para conocer cómo se solucionó el problema de Robbie.

Lo primero que se hizo para conseguir mejorar los hábitos de estudio de Robbie fue conseguir que el maestro se acercara a él cada vez que hubiera estado trabajando durante un minuto seguido, e hiciera algún comentario de aprobación, como "Buen trabajo, Robbie", "Veo que estás estudiando". Al mismo tiempo el maestro empezó a hacer caso omiso de su holgazanería y conductas perturbadoras. En las quince sesiones siguientes se observó que Robbie estudiaba durante un 71 % del tiempo destinado a este fin. Cuando se invirtieron las contingencias, en la fase de comprobación, el tanto por ciento decayó a un 50 %. Al volver a proporcionar reforzamiento por las conductas de estudio, éstas subieron a un 80 %. Al cabo de las 14 semanas se hizo una nueva observación, y se comprobó que el niño había mantenido su mejoría. El maestro refirió que era usual, ahora, que realizara todo el trabajo que se le asignaba y que cometía menos faltas de ortografía.

Sería erróneo pensar que todos los problemas que se plantean en una clase se pueden resolver como el caso de Robbie. Unos problemas son diferentes a otros y requieren un tratamiento individual. Los principios generales son los mismos: especificar el problema en términos concretos y de conducta, y asignar unas consecuencias reforzantes a los objetivos deseados. Los reforzadores pueden ser distintos de un alumno a otro. Para muchos será suficiente la atención y elogio del maestro. Otros responderán mejor si se emplean fichas.

Finalmente, otros niños sólo mejorarán sus conductas si cambian las contingencias de la clase entera, particularmente en los casos en que el problema se mantiene por la admiración, u otras formas de aceptación que provocan en los compañeros.

Es posible que algún escéptico dude de las conclusiones que hemos sacado respecto al uso sistemático y selectivo de la atención del profesor, como mejor forma de controlar una clase. Los problemas de comportamiento en la clase datan de hace tanto tiempo y han ocupado tantas horas de trabajo a los profesores y maestros, que parece imposible que se haya encontrado una forma tan simple de solucionarlos. Vamos a dar ánimo a los escépticos, relatando un experimento diseñado con la intención de poner en entredicho los factores que intervienen en el control de la clase (Madsen y cols., 1968).

Varios maestros de escuelas públicas recibieron instrucciones para que instauraran en sus clases dos condiciones distintas, en orden consecutivo, con el fin de mantener la disciplina en el aula. Primero tenían que dar una serie de órdenes, breves pero específicas, relativas a la buena conducta en clase y los niños deberían repetirlas cinco veces al día, por lo menos. Las reglas se colocaron asimismo en las paredes de la clase, bien a la vista, y consistían en frases tales como: "Mientras se trabaja hay que permanecer sentado y en silencio." Más tarde, en segundo lugar, se enseñó a los maestros a elogiar selectivamente las conductas escolares adecuadas.

Durante los períodos experimentales se observó muy de cerca a dos niños-problema, y también en otros momentos en que el maestro, o bien hacía caso omiso de las malas conductas, o regresaba a las condiciones iniciales en las que se usaban métodos intuitivos de control. Los métodos intuitivos consistían en azotes o en recordar al niño que se estaba portando mal. Se hicieron observaciones de la conducta adecuada e inadecuada, por medio de un código fiable de clasificación, durante veinte minutos, tres veces por semana, durante 25 semanas.

El maestro describió así a uno de los niños, Cliff: "Permanecía sentado durante los períodos de trabajo jugando con los objetos de su pupitre, hablando, sin hacer nada o comportándose mal, molestando a otros niños y caminando por la habitación. Más tarde se observó que pegaba a otros niños sin razón alguna aparente: 'Me sentía incapaz de motivarle para que llegara a hacer ninguna tarea en los períodos normales de clase." El otro niño, Frank, se peleaba con otros, se levantaba de su asiento y hablaba con los compañeros.

¿Qué cree usted que ocurrió cuando estos niños fueron sometidos a los dos procedimientos diferentes antes expuestos? El enunciado de reglas explícitas y sus consecuencias, ¿consiguió algún efecto benéfico sobre la conducta de la clase? ¿Qué ocurrió con el procedimiento consistente en hacer caso omiso de las malas conductas? ¿Qué importancia tuvo el uso diferencial del elogio y la aprobación contingentes a la conducta de estudio "buena" y atenta?

Piense sobre los efectos de cada uno de los procedimientos y pase luego a la página 291 para averiguar lo que sucedió realmente.

Una objección posible al uso de la técnica de modificación de la conducta en el aula podría consistir en argumentar que, a pesar de su eficacia, producen sentimientos de impotencia y deshumanización entre los estudiantes. El estereotipo de que los métodos de condicionamiento transforman a las personas en robots, es mantenido por muchos profesionales de la salud mental y educadores que han oído algo sobre tales métodos, pero no han visto los resultados de la modificación de la conducta.

Preocupados por los posibles "efectos secundarios" de estos programas, que tanto inquietan a ciertas personas, algunos investigadores han estudiado este aspecto. Un estudio, en el que se empleaban tests proyectivos y de inteligencia, no encontró efectos secundarios adversos en niños cuyas conductas específicas inadaptadas habían sido reducidas por medio de técnicas de reforzamiento (Ward y Baker, 1968). Los mismos autores no observaron ningún deterioro en la conducta de la clase en general, cuando el maestro se dedicó a tratar a cuatro niños con problemas.

Otro grupo de investigadores (Graubard y cols., 1969) interrogó a unos muchachos que habían participado en un programa de modificación de la conducta en un centro residencial para delincuentes con trastornos. El programa incluía un grupo de contingencia; es decir, si cada alumno cumplía con las tareas que le habían sido asignadas, todos se beneficiaban de un premio mayor. Los entrevistadores exploraron, de manera informal, qué efectos habían tenido estas experiencias sobre los sentimientos de los chicos respecto a la escuela, los profesores y ellos mismos. Los comentarios respecto a la profesora eran: "No nos dejaba colgados", "Nos dejaba trabajar a nuestro propio aire" y "Te decía cuando tenías razón". El sentimiento de que habían aprendido se expresaba con frases como éstas: "Cada vez que hacía una prueba me volvía más listo" y "Gané este trasto... tuve que trabajar como un negro".

Aunque es necesario que se lleven a cabo más estudios sobre este tema, los ya realizados indican que no se producen efectos secundarios desfavorables.

El gráfico de la página 293 describe lo que en realidad ocurrió con la frecuencia de las conductas inapropiadas de Cliff y Frank bajo las condiciones diferentes impuestas por su maestro. En un primer momento, cuando se estableció el nivel basal, las conductas inadecuadas se sucedieron durante un 47% de los intervalos en los que se realizaron las observaciones. Las reglas apenas afectaron la conducta inadaptada. En los períodos en que el profesor hizo caso omiso de sus travesuras, aumentó la frecuencia de las mismas.

Efectos beneficiosos y substanciales sólo se produjeron cuando se añadió el elogio selectivo de las conductas de estudio y prosociales, a las reglas colocadas en las paredes. Al final del experimento, las conductas anómalas sólo se producían durante un 15% de los períodos de observación. Es de notar que, cuando el profesor retornó a las condiciones del nivel basal, después de haber estado empleando el elogio selectivo durante casi siete semanas, la conducta de los niños empeoró considerablemente.

Después de haber practicado el uso adecuado del reforzamiento positivo, el profesor observaba: "Estaba sorprendido de las diferencias que este procedimiento creó en la atmósfera de la clase y en mis propios sentimientos. Me di cuenta de que al elogiar las conductas buenas e ignorar las malas, estaba buscando lo mejor de cada niño. Era gratificante fijarse en las cosas buenas en lugar de estar siempre criticando... Me convencí de que la solución radica en enfocar de forma positiva la disciplina."

Aunque sólo se registró de forma sistemática la conducta de los dos niños mencionados, en la clase se notaron cambios substanciales. Los autores concluyeron que: "A menos de que los maestros consigan que los niños se 'dispongan a aprender' (es muy probable que se malgasten sus aptitudes docentes). El conocimiento de los procedimientos de reforzamiento social diferencial y otros principios de la conducta, pueden aumentar en mucho la satisfacción de los maestros en el ejercicio de su profesión, así como sus aportaciones al desarrollo efectivo de los alumnos."

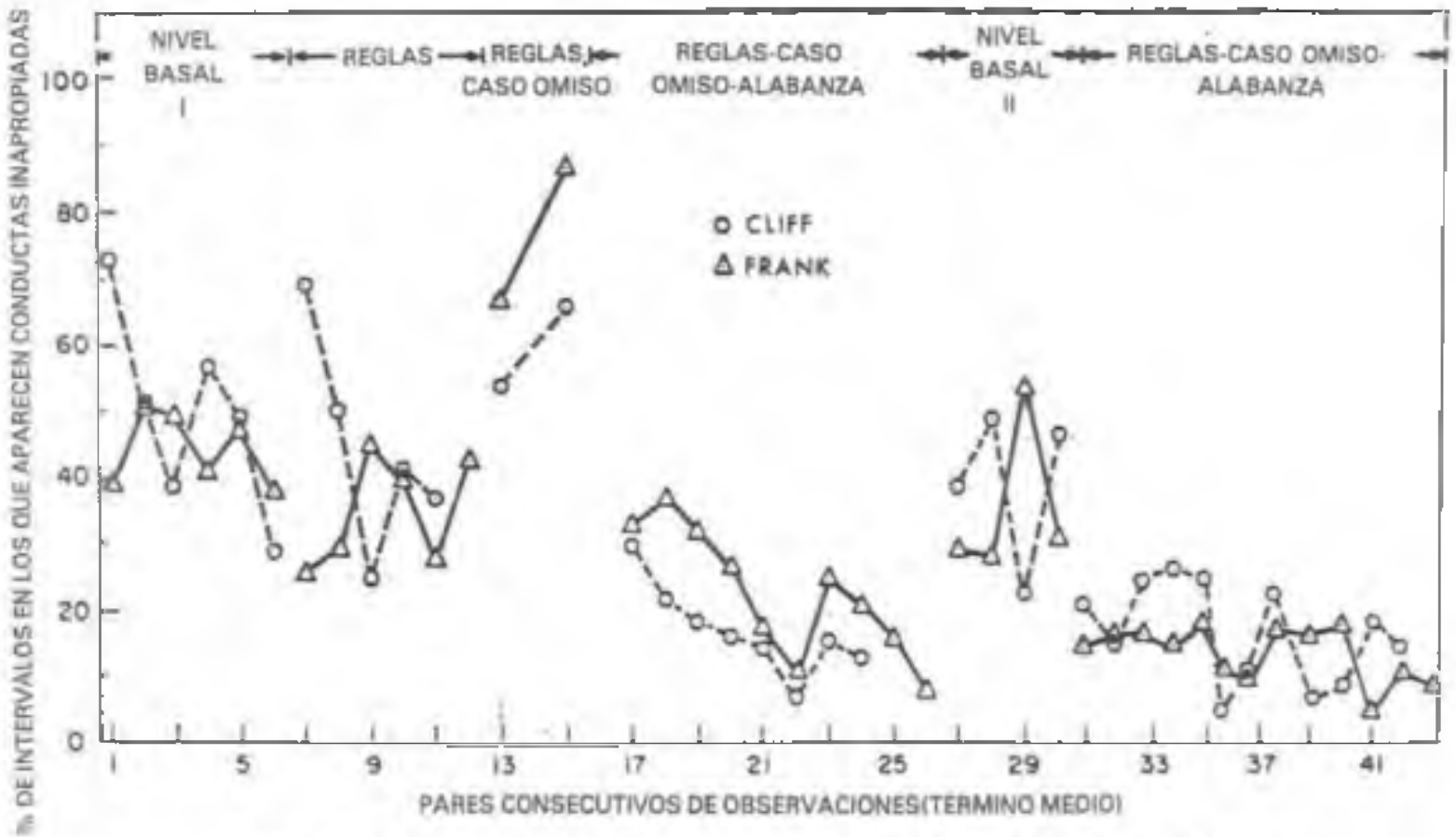

FIG. 9. La importancia del reforzamiento positivo (alabanza) en el control de las conductas perturbadoras en el aula. (De Madsen, C. H. y cols., "Rules, Praise, and Ignoring: Elements of Elementary Classroom Control". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, Vol. 1, 139-150. Reproducido con la autorización de la Society for the Experimental Analysis of Behavior.)

Los enfoques conductistas son muy apropiados para ser aplicados en las escuelas de los ghettos. La especificidad y concreción de este enfoque permite al profesor y al alumno superar el contraste entre clases sociales y estilos verbales. Al descubrir aquello que puede ser reforzante para el niño que vive en el ghetto — por ejemplo, el uso de fichas, que pueden cambiarse por objetos valiosos para el niño — se consigue hacer la educación más significativa y atractiva.

Un estudio muy reciente empleaba un principio del aprendizaje para aumentar el aprendizaje de niños en edad preescolar en una clase de *Head Start* (Jacobson y cols., 1969). La clase, situada en un gimnasio público, estaba totalmente ocupada por las madres de los alumnos. Se dividió la clase en áreas, según las diversas actividades: área de juegos con cubos, área de manipulación de juguetes, área para trepar, área de prelectura. Uno de los problemas que se encontraron fue el del exceso de intercambios de un área a otra. Para eliminar o reducir esta conducta inadecuada, se introdujo un tipo de tarea que era indispensable realizar antes de pasarse a otra área. Para pasar a un área diferente, el niño debía ir a una mesa situada en un lugar central y realizar unos ejercicios muy simples de confrontación de colores o palabras, tarea ésta que, en circunstancias normales, apenas atraía la atención o preferencia de los niños. Cuando terminaba esta tarea, el niño recibía un ticket, que le permitía ir a otra área elegida por él. Cada vez que un niño quería cambiar de área, tenía que pasar primero por la mesa central, realizar la tarea y recibir el ticket.

Partiendo del conocimiento que usted ya tiene respecto a los principios del reforzamiento, ¿qué efecto piensa que tuvo esta introducción de requisitos sobre la frecuencia de movimientos de un área a otra?

Pase a la página 297 para hallar la respuesta.

Si usted estimó que los cambios de área, el ser contingentes respecto a la realización de una tarea, disminuyeron en cuanto a frecuencia, estaba usted en lo cierto. Los niños redujeron la frecuencia de sus movimientos de área a área pasando de 3 a 5 por hora a 1 a 2 por hora. A esta se añadieron algunas otras ventajas. Aumentó el nivel de atención prestada a las actividades, y se dedicaron a las mismas con mayor intensidad. También aprendieron las palabras y colores que estaban implicados en los ejercicios necesarios para cambiar de área. Por último, madres y maestras tenían más tiempo libre para dedicarse a la instrucción individual de los niños que estaban menos distraídos.

¿Recuerda usted el principio de Premack? Si es así, puede usted interpretar los resultados obtenidos en la clase del *Head Start* a que acabamos de referirnos, en términos de tal principio: Una conducta de frecuencia muy elevada (cambiar de áreas) disminuyó al hacerse contingente respecto de una conducta raramente emitida (hacer tareas de confrontación).

RESUMEN DEL CAPÍTULO XIV

1. Los elogios, la aprobación y otras formas de atención dispensadas por los maestros sirven para reforzar la conducta a la que van dirigidas.

2. Ciertos reforzadores materiales, como dulces, juguetes, más tiempo de recreo, también pueden ayudar al maestro a desarrollar formas más adaptativas de conducta social y escolar en los alumnos. El sistema de fichas (ver Capítulo XII) ha sido empleado con gran éxito.

3. Las técnicas de modificación de la conducta pueden ser de ayuda para el profesional de la salud mental, ya que proporcionan unos sistemas preventivos primarios y secundarios de los trastornos de conducta al ser introducidas en los sistemas educativos.

Resumen

Ha terminado su viaje a través de la terapéutica de la conducta. Aunque ha sido breve, espero que le haya proporcionado cierta comprensión del enfoque conductista de los problemas clínicos de la salud mental. Si ahora siente usted la necesidad de una mayor preparación, más lecturas y más experiencia directa sobre la terapéutica de la conducta, podremos decir que este libro ha sido todo un éxito. La bibliografía que se encuentra citada al final del libro puede serle una gran ayuda, como punto de partida.

Diversas universidades, en los Estados Unidos, ofrecen preparación en terapéutica de la conducta para postgraduados. Entre las más notables se encuentran la Western Michigan University, la Southern Illinois University, la State University of New York en Stony Brook, la University of Kansas y la University of Illinois. Las escuelas, hospitales e instituciones privadas suelen ofrecer cursillos, seminarios y cursos así como consultas e inspecciones. Una de las mejores fuentes de información al respecto es la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (415 East 52nd Street, New York, New York 10022).

En este libro apenas se ha hecho ninguna referencia a las implicaciones éticas de la terapéutica de la conducta. El tema es complicado y borrascoso, pero merece al menos un comentario de nuestra parte. Debido a que las técnicas de modificación de conducta son tan eficaces en la consecución de objetivos terapéuticos, los valores relacionados con los objetivos adquieren una gran importancia. En el mundo de la salud mental existen muy pocas cosas absolutamente "buenas". En general aceptamos el punto de vista de que la conducta "adaptativa", es decir la que ayuda al individuo a adaptarse a la sociedad en que vive, es en sí un objetivo deseable en el tratamiento. Sin embargo, es muy posible que surja el conflicto al definir lo que sea "adaptación". Por ejemplo, en el caso de un niño enurético puede ser fácil aceptar, como objetivo adaptativo, la supresión de sus síntomas, mientras que en el caso de los sectores de la población económica y políticamente débiles, existen grandes controversias respecto al valor adaptativo de conductas tales como las demostraciones de protesta y las violencias contra la propiedad. Algunos terapeutas piensan que incluso la conducta extraña e irracional de los esquizofrénicos no debiera ser interferida, sino que se debiera permitir que siguiera su curso naturalmente. Sin ahondar demasiado en el tema, los terapeutas de la conducta han intentado escoger unos objetivos terapéuticos que no despierten, relativamente, demasiada controversia y que sean aceptados por la mayoría de los clínicos y los ciu-

dadanos. Los terapeutas de la conducta tienden también a poner sus valores al descubierto, para que, al ser juzgados por colegas y pacientes, se llegue a una crítica constructiva, la colaboración y el diálogo. Todo esto puede comprobarse al leer los casos presentados en este libro.

Las terapéuticas de la conducta van aumentando en eficacia, y al mismo tiempo las personas que practican estas técnicas tienen que asumir unas responsabilidades cada vez más importantes. Nadie puede ser tan ingenuo como para confiar ciegamente en la conducta humanitaria y altruista de los terapeutas, y, así, se hace necesario que las sociedades profesionales y las leyes se ocupen de que su conducta sea la adecuada. Sin embargo, los terapeutas de la conducta se sienten más proclives a poner sus cartas boca arriba, a la vista de todos, puesto que tienen que explicar problemas y objetivos a sus propios pacientes. Sería provechoso que todos los terapeutas expusieran sus sistemas de valores a sus clientes, antes de empezar un tratamiento.

Aunque es beneficioso que la terapéutica de la conducta, al modificar la conducta humana, sea motivo de preocupación respecto a la ética y valores de nuestra práctica clínica, existe otro aspecto ético que apenas ha sido tratado: observamos el uso continuo que estamos haciendo de los métodos tradicionales. ¿Es ético seguir empleando unos métodos cuya eficacia es dudosa y su eficiencia muy baja? Ahora que están a nuestro alcance tratamientos nuevos y efectivos, ¿podemos justificar el uso de unas terapéuticas que duran mucho más tiempo y son mucho más caras? ¿Estamos de verdad comprometidos en la tarea de reducir al mínimo el sufrimiento de nuestros pacientes? La terapéutica de la conducta será puesta a prueba durante los próximos años, en relación a las técnicas más convencionales por medio de análisis de costos. Entonces obtendremos algunas respuestas a estas preguntas.

Si este libro ha producido en el lector la impresión de que la terapéutica de la conducta siempre ha actuado con resultados positivos y de que existe una técnica que resuelve todos y cada uno de los problemas, pido perdón al lector. Se han elegido unos ejemplos que iluminen algún aspecto en el que la terapéutica de la conducta ha logrado, con sus innovaciones, éxitos notables, pero los terapeutas de la conducta han compartido sus problemas, aparentes puntos muertos y fracasos. Lo que los terapeutas de la conducta tratan de subrayar es su compromiso en experimentar una gran variedad de métodos, y su actitud empírica que les capacita para utilizar los resultados positivos y negativos de sus trabajos para perfeccionar esta disciplina. La tecnología de la conducta no se ha desarrollado aún hasta el extremo de ser un recetario para cualquier problema que puedan encontrarse los clínicos. Seguimos mirando hacia delante para continuar la investigación y el desarrollo de unos métodos que funcionen bajo condiciones específicas y con poblaciones concretas.

Apéndice

ENFOQUE CONDUCTISTA DE LAS TERAPÉUTICAS DE LA FAMILIA Y DE LA PAREJA

Robert Liberman, M. D.

La terapéutica de la familia, vista desde el ángulo conductista, trata de especificar el problema en términos concretos y observables, y de aplicar empíricamente los principios del aprendizaje mientras se trabaja por la consecución de los objetivos terapéuticos. La clave que explica los éxitos logrados en la terapéutica familiar son los cambios en las consecuencias interpersonales de la conducta de los miembros de la familia.

La cada día mayor extensión de las terapéuticas de la pareja y familiar no es un simple accidente o una moda pasajera. Estas populares formas de tratamiento psiquiátrico tienen una base muy sólida y no es probable que desaparezcan en un futuro inmediato. Su fundamento radica en la oportunidad que proporcionan de inducir cambios significativos en la conducta de los participantes, al reestructurar notablemente sus ambientes interpersonales.

Las terapéuticas de la familia y la pareja pueden ser un medio muy poderoso de modificar la conducta, puesto que el entorno interpersonal que sufre el cambio es el entorno diario y directo que el individuo experimenta junto con las personas más importantes de su vida: su cónyuge o los miembros de su familia más cercana. Cuando estas terapéuticas tienen éxito es porque el terapeuta ha sido capaz de guiar a los miembros de la familia o pareja y éstos han cambiado las formas de tratarse mutuamente. Traducido a términos de conducta o de aprendizaje, podemos decir que "las formas de tratarse unos a otros" son las consecuencias de la conducta o las *contingencias de reforzamiento*. En lugar de premiar la conducta inadaptada con atención y preocupación, los miembros de la familia aprenden a intercambiar su aprobación y agradecimiento por las conductas deseadas.

Reproducido de la revista *American Journal of Orthopsychiatry*, 1970, *40*, 1, 106-118. Copyright 1970, de la American Orthopsychiatric Association, Inc. Reproducido con autorización.

El doctor Liberman trabajó en el *NIMH Mental Health Career Development Program*. Preparó este trabajo cuando formaba parte del programa de investigación de psiquiatría social en la Harvard Medical School y en Massachusetts Mental Health Center.

Puesto que la familia es un sistema entrelazado y recíproco de conductas (incluyendo las conductas afectivas), la terapéutica de la conducta funciona mejor cuando los miembros aprenden a cambiar su forma de responder ante los demás. La terapéutica de la familia debiera ser una experiencia de aprendizaje para todos los miembros que toman parte en ella. Sin embargo, y con el fin de simplificar, en este trabajo analizaremos sólo la patología y terapéutica familiar, en los casos en que toda la familia responde ante un solo miembro.

Es característico que las familias que recurren al tratamiento hayan respondido, durante años, ante la conducta anómala o inadaptada de algunos de sus miembros, de las siguientes formas: enfado, regañinas, mimos, conciliaciones, irritación o simpatía. Aunque estas respuestas puedan, aparentemente, ser punitivas, en la realidad sirven para reformar la conducta no deseada; es decir, aumentan la frecuencia de estas conductas no queridas. Tiene lugar un proceso de reforzamiento, porque la atención que proporcionan es experimentada por la persona en cuestión como preocupación e interés positivos. Es frecuente que en las familias en las que algún miembro presenta problemas de adaptación los demás tiendan a vivir sus vidas de forma independiente, escaseando por tanto la interacción. A causa de esta falta general de interacción, cuando la interacción se produce como respuesta a la conducta "anormal" de uno de los miembros, tal conducta queda altamente reforzada (14).

Las formas verbales y no verbales de prestar atención y aceptación se llaman *reforzamiento social* (por oposición al alimento o al sexo, que se denominan *reforzamiento primario*). El reforzamiento social representa la fuente más importante de motivación de la conducta humana (6,19). Inmensas cantidades de tal "preocupación", o reforzamiento social, suelen transmitirse a la persona que tiene problemas, asociándose a su conducta desadaptada de forma contingente. La persona en cuestión recibe el mensaje: "En tanto en cuanto sigas mostrando esta conducta inadecuada (síntomas), nos seguiremos preocupando e interesando por ti". Si se llega a aprender la lección que este mensaje lleva consigo, se tenderá a mantener y desarrollar la conducta sintomática o anómala y las estructuras caracterológicas de actividad e identidad. Algunas veces este mensaje es vivido de forma consciente por el miembro "enfermo". Estos individuos, que son conscientes de tales contingencias, reciben a menudo el nombre de "manipuladores", ya que son expertos en generar reforzamientos sociales para sus conductas inadaptadas. Pero el aprendizaje puede tener lugar sin que el individuo sea consciente de ello, en cuyo caso decimos que la conducta inadaptada está motivada inconscientemente.

No es necesario que la cantidad de reforzamiento social contingente sea muy grande para mantener una conducta anómala. El *reforzamiento intermitente* u ocasional producirá una persistencia muy duradera de la

conducta, especialmente una vez que ya esté instaurada. Los estudios de laboratorio demuestran que los reforzamientos intermitentes producen conductas que son resistentes a la extinción. (6)

Muchos terapeutas familiares están de acuerdo y han demostrado (7, 8, 21) que el interés y la preocupación que los componentes de una familia demuestran ante un miembro enfermo, puede estar al servicio de su propia economía psicológica; en efecto, el mantener a una persona "enferma" en la familia puede resultar gratificante para alguno o algunos de los componentes de la misma, aun a costa de ciertas incomodidades. Patterson (15) ha descrito la forma en que este reforzamiento recíproco puede mantener la conducta no deseada en el ejemplo del niño que pide un helado mientras está comprando con su madre en el supermercado. El reforzador de esta conducta de petición es la concesión de la madre, pero si ella hace caso omiso de la demanda, el efecto será un aumento de la frecuencia o ruido de la petición. Las peticiones a gritos y los chillidos son aversivos para la madre; es decir, al no ceder, es castigada. Cuando por fin la madre le compra el helado, la pataleta aversiva se acaba. La contingencia reforzante para la madre era la terminación de la pataleta y de la "escena" en el supermercado. El reforzador de la pataleta del niño es el helado. Así, por este mecanismo recíproco, se mantiene la conducta de hacer pataletas. Volveré a mencionar este importante aspecto de la psicopatología familiar —el reforzamiento mutuo o la naturaleza simbiótica de los problemas— en los casos presentados más adelante. Por supuesto, el determinante crucial de la motivación y respuesta ante un tratamiento depende del equilibrio entre las consecuencias aversivas y gratificantes de la conducta perturbada de uno de los miembros sobre los demás componentes de la familia.

Modificar las contingencias que hacen que el paciente reciba aceptación y produzca preocupación en los demás miembros de la familia, es el principio básico del aprendizaje que sustenta la eficacia de la terapéutica familiar y de la pareja. El reforzamiento social se hace contingente respecto de las conductas adaptadas en lugar de las inadaptadas o sintomáticas. La tarea del terapeuta, en colaboración con la familia, consiste en 1) especificar en qué consiste la conducta inadaptada, 2) escoger objetivos razonables que sean conductas alternativas y adaptadas, 3) dirigir y guiar a la familia para que cambie las contingencias de sus pautas de reforzamiento social, de tal modo que no incidan sobre la conducta objeto de tratamiento, sino en la conducta alternativa y adaptada.

Otro principio del aprendizaje estrechamente relacionado con una terapéutica familiar eficaz, es el principio de la imitación, también llamado de identificación. El modelo, que puede ser el terapeuta u otro miembro de la familia, exhibe la conducta deseada y más adaptada y el paciente la imita. La imitación o identificación ocurre cuando el modelo

es una persona estimada (terapeuta, miembro de la familia admirado) y cuando, además, el modelo recibe reforzamiento positivo (aprobación) a causa de su conducta [3]. La cantidad de aprendizaje que puede producirse por simple observación depende del nivel de atención que la persona preste a las características significativas del modelo, de su capacidad para enjuiciarlas y ensayarlas, y de si está o no en posesión de los componentes de conducta necesarios para combinarlos y reproducir la conducta imitada, de por sí más compleja.

El apredizaje por imitación capacita al individuo para abreviar el tedioso y lento proceso de aprendizaje por ensayo y error (o recompensa), en el momento de incorporar cadenas complejas de conductas a su repertorio. La mayor parte de las conductas básicas de nuestra cultura se transmiten, en gran medida, por la observación repetida de tales conductas que son emitidas por ciertos modelos sociales, en especial familiares. Si se emite con frecuencia suficiente y es gratificada con aprobación por otras personas, la conducta imitada se incorporará al repertorio de conductas del paciente. Los principios del aprendizaje imitativo han sido aprovechados por los clínicos que trabajan con niños autistas (12), jóvenes fóbicos (4) y psicóticos crónicos mudos (18). La forma en que la imitación puede usarse en la terapéutica familiar será expuesta en los casos que explicamos a continuación.

Los casos presentados se limitan a tratar de la terapéutica familiar y de la pareja; no obstante, los principios empleados son los mismos que suelen usarse en la terapéutica de grupo (11, 17) y, con algunas modificaciones, en las terapéuticas individuales (9). Aunque la teoría del aprendizaje se ha asociado, en psiquiatría clínica, con sus resultados explícitos y sistemáticos dentro de las nuevas terapéuticas, no debiera olvidarse que la teoría del aprendizaje ofrece una explicación genérica y unitaria de los procesos que mediatizan los cambios producidos por las demás terapéuticas, incluida la psicoanalítica (1, 13).

Técnica

Antes de adentrarnos en los casos propiamente dichos, me gustaría trazar un esquema de las características fundamentales de la aplicación de la teoría de la conducta a la terapéutica familiar. Las tres áreas fundamentales de interés técnico para el terapeuta son: 1) *crear y mantener una alianza terapéutica positiva;* 2) *hacer un análisis del problema en términos de conducta;* 3) *utilizar los principios del reforzamiento y la imitación dentro del contexto de las relaciones interpersonales de cada caso concreto.*

Sin una relación positiva entre el paciente y el terapeuta, las intervenciones de este último apenas tienen probabilidad de lograr resultados satisfactorios. La alianza es la manivela que estimula el cambio.

En términos de aprendizaje, la relación positiva entre terapeuta y paciente permite al terapeuta constituirse en modelo y reforzador social; en otras palabras: ayuda al terapeuta a construir conductas adaptativas y permite que las conductas no deseadas vayan desapareciendo. El terapeuta será un reforzador efectivo y un modelo para el paciente en la medida en que sea valorado y cálidamente estimulado por los pacientes en general.

Los clínicos han descrito los componentes que integran una relación positiva de muchas formas. La terminología varía según la "escuela" de psicoterapia a la que el clínico se adhiere. El psicoanálisis ha contribuido con nociones tales como "transferencia positiva" y alianza entre el terapeuta y el "ego observador" del paciente. Los terapeutas "de la realidad" hablan de un verdadero compromiso con el paciente. Algunos clínicos lo han llamado "relación de apoyo" lo cual implica que el terapeuta debe expresar simpatía, respeto, y preocupación por el paciente. Ciertas investigaciones recientes han etiquetado así los aspectos cruciales de la relación cliente-terapeuta: cordialidad no posesiva, empatía esmerada y preocupación genuina (20). Truax y sus colaboradores han logrado operativizar estos conceptos y enseñarlos a determinadas personas. Además han demostrado que los terapeutas con estas cualidades logran más éxitos al hacer psicoterapia que aquellos que no las poseen. Cualquiera que sea la etiqueta, una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se produzcan cambios terapéuticos en el paciente, es una relación entre el doctor y el paciente que esté impregnada de respeto mutuo, afecto, confianza y cordialidad.

Mi experiencia me dicta que estas cualidades de la alianza terapéutica pueden irse estableciendo durante el período de la valoración inicial del paciente y la familia. Los primeros contactos entre el terapeuta y la familia, que tienen lugar durante las primeras entrevistas, ofrecen al terapeuta la oportunidad de demostrar su incondicional cordialidad, aceptación y preocupación de sus pacientes y sus problemas.

Es también durante las primeras sesiones, mientras se establece la relación terapéutica, cuando el terapeuta debe hacer su "diagnóstico". En el enfoque que proporciona la teoría del aprendizaje respecto a la terapéutica familiar, el diagnóstico consiste en un *análisis de la conducta* o *funcional* de los problemas. Al hacer este análisis de la conducta, el terapeuta, en colaboración con la familia, ha de formular dos tipos fundamentales de preguntas:

1. ¿Qué conductas son problemáticas o inadaptadas? ¿Qué conductas, en el paciente en cuestión, han de aumentar o disminuir? A su vez, cada miembro de la familia deberá responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Qué cambios le gustaría a usted que ocurrieran en los demás miembros de su familia?, y 2) ¿En qué aspectos le gustaría a usted ser dife-

rente de como es ahora? El terapeuta, una vez recibidas estas respuestas, se ve forzado a elegir cuidadosamente unos *objetivos de conducta específicos*.

2. ¿Qué contingencias ambientales e interpersonales suelen servir de apoyo a la conducta problemática? Esto es, ¿qué es lo que está manteniendo la conducta no deseable o reduciendo la probabilidad de que surjan unas respuestas más adaptadas? Esto es lo que recibe el nombre de "análisis funcional de la conducta", y también puede incluir un análisis del desarrollo de la conducta inadaptada o sintomática, la "historia de condicionamiento" del paciente. Las formas mutuas de reforzamiento social en la familia merecen un escrutinio especial en este análisis, puesto que al descifrarlas y ponerlas en claro se llega a la comprensión central del caso y a la formulación de una estrategia terapéutica.

Hay que tener en cuenta que el análisis conductista del problema no acaba con las primeras sesiones, sino que necesariamente se prolonga a lo largo de la terapéutica. Según el tratamiento va avanzando, los problemas de conducta cambian, y lo mismo ha de suceder con el análisis de aquello que mantiene estas conductas. Deben establecerse nuevas formas de reforzamiento para el paciente y los miembros de la familia. En este sentido, el enfoque conductista de la terapéutica familiar es algo dinámico.

El tercer aspecto de la técnica de la conducta consiste en la elección real e implantación de las tácticas y estrategias terapéuticas. ¿Qué transacciones interpersonales entre el terapeuta y los miembros de la familia pueden ser más útiles para modificar el problema de conducta y encauzarlo por unas direcciones más adaptativas? El terapeuta actúa como un educador, y utiliza su valor como reforzador social para instruir a la familia o pareja en la forma de cambiar sus formas de interrelacionarse. Algunas de las tácticas posibles se describen en los casos que presentamos a continuación.

Una forma muy útil de conceptualizar estas tácticas consiste en considerarlas como "experimentos de modificación de conductas", en los que el terapeuta y la familia programan de nuevo las contingencias de reforzamiento que están operando en el sistema familiar. Los experimentos de modificación de conductas consisten fundamentalmente en que los miembros de la familia respondan entre sí de tal forma que las respuestas sean contingentes respecto de los modos de interrelación mutua más deseados por todos. Ballentine (2) considera estos experimentos de modificación de conductas, que han de empezar con logros pequeños pero muy bien definidos, como 1) un giro de las expectativas mutuas, más optimistas y esperanzado; 2) hacer hincapié en que las cosas han de cambiar y atribuir la responsabilidad de este cambio a todos y cada uno de los miembros de la familia; 3) potenciar una perspectiva de ob-

servación que fuerce a los miembros de la familia a considerar de cerca a sí mismos y a sus relaciones mutuas, en lugar de mirar a su "interior" y hacerse continuamente preguntas de "por qué" y "por lo tanto...", y 4) "el suministro de datos empíricos que sirvan para promover nuevos cambios, puesto que los datos a menudo son un claro exponente de las secuencias de acciones y reacciones familiares, con la ventaja de que los presentan de forma particularmente gráfica y carente de ambigüedad".

El terapeuta también hace uso de su importancia como modelo para ilustrar los modos más adecuados de responder diferencialmente a una conducta que unas veces es inadaptada y otras se aproxima a formas más deseables. El principio del condicionamiento operante llamado "modelo" *(shaping)* también se usa y por medio del mismo se van reforzando las aproximaciones sucesivas a la conducta estipulada como deseable, proporcionando el terapeuta su aprobación y espontáneo y genuino interés. Por medio de sus indicaciones y ejemplos, el terapeuta enseña el "modelado" a otros miembros de la familia o de la pareja. Una de las tácticas más útiles para modificar las pautas de interacción familiar son la representación de papeles y la reproducción de conductas.

El terapeuta que cuenta con un modelo conductista, no actúa como una máquina, desprovisto de toda emoción. Del mismo modo que los terapeutas que emplean otros esquemas diferentes, el terapeuta de la conducta es más eficiente en su papel de educador cuando se expresa afectuosamente, con un estilo cómodo y humano que se habrá ido desarrollando durante su formación como clínico y en su vida en general. Puesto que el reforzamiento intermitente produce conductas más duraderas, el terapeuta puede ensayar diversas "altas" de ensayo, e ir disminuyendo las sesiones, antes de acabar el tratamiento definitivamente (1). Los procedimientos del tratamiento de familias y parejas, según las teorías de la conducta, se verán con mayor claridad en los casos que vamos a presentar a continuación. En el Cuadro n.º 1 se presenta un esquema más detallado de los principios de la modificación de la conducta. Para una mayor especificación de los ítems del cuadro y sus implicaciones, consultar el libro de Reese (16).

Caso 1

La *señora D.* es un ama de casa y madre de tres niños, que ha padecido durante 15 años migrañas muy agudas. Ha sido hospitalizada a menudo a causa de sus dolores de cabeza, sin que se hallara ningún tipo de problema orgánico; también ha seguido, durante un año y medio, una terapéutica de orientación psicodinámica. Sus dolores de cabeza se aliviaron sólo después que pasó en cama períodos que oscilaban entre unos cuantos días y una semana, empleando, además, narcóticos.

Cuadro 1. Modelo de aprendizaje de conductas
(Adaptado de E. P. Reese [16])

1. Especificar lo que será la actuación final (objetivos terapéuticos):
   Identificar la conducta.
   Determinar cómo ha de medirse.
2. Determinar el nivel basal de la conducta deseada.
3. Estructurar una situación favorable para la emisión de la conducta deseada, proporcionando estímulos para la conducta deseada y eliminando los estímulos de las conductas incompatibles y no deseadas.
4. Instaurar cierta motivación mediante el uso de reforzadores, privando al individuo de reforzadores (si fuera necesario), y suprimiendo los reforzadores de las conductas inadecuadas.
5. Capacitar al individuo para que se sienta cómodo en la situación terapéutica y se familiarice con los reforzadores.
6. Modelar la conducta deseada:
   Reforzar las aproximaciones sucesivas a los objetivos prefijados.
   Elevar paulatinamente el criterio para el reforzamiento.
   Presentar el reforzamiento inmediatamente después que se haya producido la conducta deseada, de forma contingente.
7. Ir atenuando los estímulos específicos dentro de la situación terapéutica, a fin de promover la generalización de la conducta adquirida
8. Reforzar de forma intermitente para facilitar la duración de los logros.
9. Llevar registros continuos y objetivos.

Después de un breve período, en el cual yo mismo hice una valoración del problema, se presentaron de nuevo dolores de cabeza intratables y fue hospitalizada. Se llevó a cabo una exploración neurológica completa y no se halló ningún signo neuropatológico. Fue entonces cuando recomendé que ella y su marido hicieran terapéutica de la pareja conmigo. Ya con anterioridad me había convencido de que sus dolores de cabeza jugaban un papel muy importante en la economía de su relación marital: los dolores de cabeza y la consiguiente debilidad eran una forma segura de retener la atención y la preocupación de su marido. Por su parte, el marido era un hombre muy dinámico, un hombre de acción, a quien le resultaba extraordinariamente difícil sentarse a conversar. Cuando regresaba a casa, después del trabajo, leía el periódico, hacía pequeñas reparaciones en el coche y la casa o veía TV. La señora D. sólo conseguía que su marido le dedicara su atención en exclusiva cuando aparecían sus dolores de cabeza, abandonaba sus funciones de madre y esposa y se metía en la cama. En esos momentos, el señor D. se mostraba muy atento y preocupado. Le daba la medicación, se quedaba en casa para cuidar de los niños y llamaba al doctor.

El análisis que llevé a cabo de la situación, me condujo a encaminar la atención del señor D. hacia los intentos adaptativos y hacia la conducta de madre y esposa de su mujer. Durante 10 sesiones de 45 mi-

nutos, compartía este análisis del problema con el matrimonio D. y les animaba a que reestructurasen recíprocamente su relación marital. Una vez que la relación entre nosotros fue confiada y algo más personal, el señor D. empezó a esforzarse por dar a su mujer la atención que le correspondía por sus esfuerzos diarios como madre y esposa. Cuando volvía a casa, después del trabajo, en lugar de enfrascarse en la lectura del periódico, preguntaba a su mujer por la marcha del día, y juntos trataban los problemas concernientes a los niños. Alguna vez premiaba los esfuerzos de su esposa llevándola al cine o a cenar (cosa que no había hecho desde hacía años). Mientras veía la TV tenía a su esposa sentada cerca de él o incluso en su regazo. La señora D., a su vez, aprendió a gratificar los nuevos intentos de lograr cierta intimidad por parte de su marido, con afecto y aceptación. Ella le hacía saber lo mucho que le agradaba hablar con él de los sucesos del día; le preparaba platos especiales y le besaba calurosamente cada vez que él tomaba alguna iniciativa y expresaba su afecto por ella. Por otra parte, el señor D. recibió instrucciones a fin de no prestar la menor atención a los dolores de cabeza de su mujer; se le tranquilizó, explicándole que si cumplía esto contribuiría a que los dolores disminuyeran en frecuencia e intensidad. De ahora en adelante, no debía darle la medicina, ni satisfacerle todos los gustos, ni llamar al doctor. Si se presentaba un dolor de cabeza, tendría que arreglárselas ella sola y seguir cumpliendo con sus obligaciones diarias, hasta donde le fuera posible. Yo intenté dejar bien claro que *no se trataba de que disminuyera el grado de atención prestado a su mujer, sino de variar los momentos y la dirección en que se prestaba dicha atención*. De este modo, las contingencias de la conducta de atención del señor D. cambiaron de dirección, y en lugar de dirigirse a las conductas lastimeras, se centraban en el enfrentamiento activo con sus funciones de madre y esposa.

Al cabo de diez sesiones, ambos estaban inmersos en esta nueva relación del uno para con el otro. El matrimonio ahora era diferente y más satisfactorio para ambos. Su vida sexual mejoró. Los niños se portaban mejor, ya que los padres enseguida aprendieron a utilizar los mismos procedimientos de reforzamiento al reaccionar frente a los niños y alcanzaron un consenso para responder a las situaciones límite presentadas por los mismos. La señora D. consiguió un trabajo como dependienta en unos grandes almacenes (trabajo que le gustaba y que le proporcionaba más reforzamientos: dinero y atención por parte de otras personas ante sus conductas "sanas"). El marido le agradeció que contribuyera a la economía de la familia. Todavía se le presentaban algunos ligeros dolores de cabeza, pero no eran muy fuertes, duraban poco y se los cuidaba ella misma. Todo el mundo se sentía más feliz, incluyendo al médico de cabecera de la señora D., que ya no recibía llamadas de urgencia.

Investigaciones llevadas a cabo un año después mostraron que los progresos se habían mantenido y que, si bien aún aparecían alguna vez los dolores, no era necesario guardar cama o internarse en un hospital.

Caso 2

La señora S. es una mujer de 34 años, madre de cinco hijos, que procede de una familia de diez hermanos. Ella deseaba igualar a su madre en el número de hijos y probar a su marido que era potente y fértil. Él padecía un hipospadias congénito y, ya antes de su matrimonio, el médico le había advertido que quizás no pudiera tener hijos. Desgraciadamente, ella era Rh negativo y su marido Rh positivo. Después de su quinto hijo tuvo una serie de abortos, a causa de la incompatibilidad de los Rh. Cada aborto iba seguido de una profunda depresión. Al poco tiempo las depresiones se sucedían sin interrupción, una después de otra, y se le aplicó una serie de 150 electrochoques. El electrochoque sólo consiguió poner a la paciente en un estado de gran confusión e incapacitarla para trabajar en casa, a la vez que las depresiones apenas disminuyeron. Unas sesiones breves de psicoterapia de apoyo lograron cierta mejoría, pero cayó de nuevo en la depresión después de una histerectomía.

Su marido, tal como sucedía en el caso anterior con el Sr. D., era incapaz de mantener conversaciones con ella, máxime cuando estas conversaciones estaban llenas de lamentos y lágrimas. Huía de la desgraciada situación familiar dedicándose a sus trabajos, ya que tenía dos empleos. Cuando estaba en casa, se sentía demasiado cansado para mantener ninguna conversación o interacción significativa con su mujer. Sus relaciones sexuales eran nulas. Aunque la Sra. S. hacía grandes esfuerzos por cumplir con sus deberes de madre y esposa, y además tenía un trabajo de media jornada, apenas recibía la menor muestra de reconocimiento por parte de su marido ante estos esfuerzos y, de hecho, el marido se fue haciendo cada vez más distante con el paso de los años.

El análisis de la conducta que llevé a cabo indicaba que la señora S. carecía de reforzamiento por parte de su marido, en su lucha por adaptarse. Consecuentemente sus depresiones, con el componente hipocondríaco adicional, representaban sus desesperados esfuerzos por atraer la atención y simpatía de su marido. Aunque sus quejas somáticas y acusaciones autodespreciativas eran aversivas para el marido, la única forma que él conocía para eliminarlas era ofrecer a la esposa simpatía y atención, tranquilizarla respecto al cariño que sentía por ella y, en ocasiones, permanecer con ella en casa sin acudir al trabajo. Naturalmente, al mimarla de esta manera, logró reforzar la misma conducta que estaba intentando eliminar.

Durante las cinco primeras sesiones, me ocupé fundamentalmente del señor S., que era el agente mediador de reforzamiento y por tanto la persona que potencialmente mejor podía modificar la conducta de la esposa. Intenté activamente que su atención dejara de fijarse en "la mujer desgraciada y deprimida" para que se dirigiera hacia su esposa, "la mujer eficiente". Le recomendé muy seriamente que abandonara su segundo empleo, al menos por el momento, para que pudiera estar en casa por la tarde y conversar con su mujer sobre los acontecimientos del día, fundamentalmente sobre sus logros como ama de casa. Poniéndome a mí mismo como ejemplo (procedimiento de "imitación") le mostré cuál era la forma de apoyar a su esposa cuando trataba de reafirmarse a sí misma de forma razonable, frente a una suegra entrometida y una vecina molesta.

Hubo un momento de confusión cuando, después de la segunda sesión, una tarde recibí una llamada desesperada del señor S. Me dijo que su esposa le había llamado desde su trabajo, quejándose lacrimosamente de que no podía seguir, y pidiéndole que fuera a buscarla para llevarla a casa. Me preguntó qué debía hacer y yo le indiqué al marido que, siendo este un momento crucial, debía llamarla a ella por teléfono, admitir brevemente su aflicción pero, al mismo tiempo, subrayar la importancia de que terminara su jornada de trabajo. Además le sugerí que la fuera a buscar, como todos los días, después del trabajo y que la invitara a un refresco. Así conseguiríamos que ella recibiera, de forma espontánea y natural, interés y aceptación por su esfuerzo. Con este apoyo que yo, como terapeuta, le presté al marido, siguió mis indicaciones y al cabo de las dos semanas la depresión de la señora S. había desaparecido completamente.

Casi inmediatamente después tuvo un ascenso en su empleo, lo cual le sirvió a la señora S. como reforzador extrínseco por su mejor rendimiento en el trabajo, y tanto ella como su marido recibieron reforzamiento adicional en la sesión siguiente, proporcionado por mí. Al cabo de la quinta sesión dimos por terminada la terapéutica, ya que este era el tiempo límite en el que habíamos quedado de acuerdo previamente.

Cuando se hizo una investigación, pasados ocho meses, ellos dijeron que "se sentían más felices que nunca".

Caso 3

Edward es un muchacho de 23 años que ha recibido gran cantidad de tratamiento psicoterápico, escolaridad especial, aconsejamiento y preparación ocupacional durante los 17 años últimos. En diversos momentos de su infancia fue diagnosticado como esquizofrénico y subnormal. Cuando tenía seis años fue diagnosticado y estudiado por un

psiquiatra infantil, pasando por tres años de terapéutica dinámica llevada por un psicoanalista. Había empezado gran cantidad de programas curativos y apenas había terminado ninguno. De hecho en su vida sólo había fracasos, tanto en la escuela como en los empleos. Sus padres le consideraban sólo ligeramente retrasado, a pesar de que su cociente intelectual (CI) estaba claramente por debajo de lo normal. Su madre lo trataba como si fuera un niño y su padre hacía caso omiso de él o le criticaba. La madre, que era dominante y agresiva, lo utilizaba contra el padre, que era pasivo y débil. Cuando los vi por primera vez, a fin de hacer una valoración familiar, Edward estaba a punto de fracasar en uno de los más recientes intentos de rehabilitación: una escuela nocturna para adultos.

Los objetivos familiares de tratamiento más inmediatos eran: 1) librar a Edward de la excesiva protección de su madre, 2) conseguir que su padre se ofreciera como modelo y como fuente de estímulo (reforzamiento) ante los deseos y esfuerzos de Edward por conseguir una mayor independencia, 3) dotar la vida de Edward con oportunidades ocupacionales y sociales, que por sí mismo no fuera capaz de iniciar. Afortunadamente, el *Jewish Vocational Service*, de Boston, ofrece un excelente programa de rehabilitación basado en los mismos principios del aprendizaje que se han expuesto en este trabajo. Mandé a Edward allí y, al mismo tiempo, le introduje en un club social para expacientes mentales, que ofrece una sucesión constante de actividades durante los fines de semana.

Durante la sesión familiar que manteníamos todas las semanas, empleaba la imitación y el desempeño de papeles como técnicas que ayudaran a los padres de Edward a reforzar sus esfuerzos iniciales en el *J V S* y en el club social. Después de haber pasado tres meses en el *J V S*, Edward consiguió un trabajo y ahora, al cabo de otros siete meses, continúa en el trabajo y es miembro del sindicato. Como miembro del club social, puede decirse que ha sido muy activo, y ha hecho algunos viajes en grupo los fines de semana, algo que nunca había hecho con anterioridad. En este momento intenta ingresar en otro club social, un grupo coral que canta en una iglesia, y empieza los trámites para conseguir su carnet de conducir.

Las sesiones familiares no fueron fáciles y ocasionalmente se presentó algún conflicto, normalmente planteados por la madre de Edward, que, de vez en cuando, se sentía "dejada de lado". Fue necesario que yo le prestara mi apoyo e interés (reforzamiento) referido a sus problemas de exceso de trabajo, en sus papeles de madre y esposa. A causa de la excelente relación terapéutica, cimentada a lo largo de un período de nueve meses, los padres de Edward ya se sentían capaces de gratificar con reforzamiento positivo los esfuerzos de su hijo en el trabajo y las relaciones sociales, en lugar de seguir empleando una crítica generali-

zada, como anteriormente; lo curioso es que esta crítica funcionaba con anterioridad como un tipo de reforzamiento social. Estimulé al padre para que compartiera ampliamente con su hijo sus propias experiencias de cuando él era un joven que luchaba por su propia independencia, a fin de que sirviera como modelo a su hijo.

Los padres necesitaban constantemente reforzamiento (aprobación) para poder ensayar nuevas formas de responder ante la conducta de Edward; por ejemplo, les costaba eliminar la costumbre de importunarle continuamente por vagar toutamente por los alrededores de la casa (lo cual sólo servía para aumentar ese tipo de conducta perezosa y letárgica, que surge sólo para atraer atención), y en lugar de ello mostrarse satisfechos de que cortara la hierba, aunque se le olvidara de rastrillear o arreglar los bordes. Aprendieron a mostrar su aprobación ante el hecho de que Edward sacara la basura, aun cuando lo hiciera "a su modo". Y también aprendieron a pasar cierto tiempo escuchando a Edward cuando hablaba de su nuevo trabajo con entusiasmo, aun cuando pensaran que exageraba un poco.

Las sesiones familiares tenían lugar dos veces al mes y más tarde una vez al mes. La terapéutica se fue dando poco a poco por terminada después de un año de tratamiento.

Caso 4

El señor y la señora F. tienen una larga historia de problemas matrimoniales. Ya al comienzo de su matrimonio se separaron durante un año y algunos intentos de aconsejamiento para matrimonios duraron tres años. El señor F. tiene ciertos rasgos paranoicos, que se reflejan en el exceso de sensibilidad ante cualquier falta de afecto o enfrentamiento con él por parte de su esposa. Tiene, además muchos celos de las estrechas relaciones entre ella y su familia. La señora F. es una mujer desordenada y desaliñada que no ha sabido satisfacer las necesidades de su marido de tener un hogar en orden y una mujer que sepa gobernar a sus cinco hijos de forma adecuada. Su matrimonio se ha caracterizado por las frecuentes acusaciones mutuas, junto con el desprecio, el retraimiento furioso y el mal humor.

La estrategia que seguí con esta pareja consistió en enseñarles, durante las 15 sesiones en que los vi, a no reforzarse mutuamente, con atención y emotividad, las conductas no deseadas y a empezar a emitir conductas más deseadas por los dos empleando para ello el principio del *modelado*. Por razones tácticas, estructuré las sesiones por medio de una regla de gran importancia: no se permitían críticas y "sermones", y debían pasar el tiempo de las sesiones explicando el uno al otro cuáles eran los comportamientos llevados a cabo en la última semana que más se aproximaban a las conductas deseadas. Mientras ellos mismos se proporcionaban mutuamente *feedback* por las conductas que cada uno

valoraba en el otro, yo servía como fuente auxiliar de reconocimiento positivo, reforzando al reforzador.

Empezamos por delimitar con la mayor claridad posible cuáles eran las conductas que cada uno deseaba observar en el otro: yo les daba "tarea para casa", que consistía en aproximaciones graduales a dichas conductas deseadas, u objetivos de conducta. Por ejemplo, el señor F. se quejaba constantemente de que su esposa no se preocupaba de la cena: de lo desordenado de la mesa, la falta de mantel y el desorden con el que se iban retirando los platos. La señora F. admitió, muy a pesar suyo, que cabía la posibilidad de mejorar algunos de estos aspectos, y yo le di instrucciones para que empezara por usar un mantel por la noche. Por su parte el señor F. aprendió que era importante que él le prestara atención de forma positiva y consistente a su esposa por este esfuerzo, ya que también era tan importante para él. Al cabo de una semana me contaban que habían sido capaces de cumplir lo establecido y que la cena ahora era más agradable. La actuación de la señora F. había mejorado hasta satisfacer completamente a su marido y éste, a su vez, había continuado apoyando positivamente los esfuerzos de su esposa.

Un proceso similar al anterior se siguió con otro problema. El señor F. pensaba que su mujer debía dedicar más tiempo a coser (arreglar ropa, reponer botones) y que tenía que planchar sus camisas (cosa que siempre había hecho él). La señora F. se sentía ahogada en la casa en la que vivían, que era de hecho pequeña para la numerosa familia, y el señor F. se negaba a cambiarse a una casa mayor porque, decía, eso no iba a mejorar las costumbres caseras de su mujer. Le dije a la señora F. que empezara a dedicar algo más de tiempo a la costura y a la plancha y, al mismo tiempo, el señor F. debía empezar a considerar la posibilidad de mudarse de casa. Esto último se concretó en que cada domingo debía leer los anuncios de los periódicos sobre alojamientos y visitar casas que estaban en venta. Pero él debía encargarse de dejar muy claro que este interés por comprar una casa nueva dependía de (era *contingente* respecto a) sus progresos como ama de casa.

Entre las sesiones tercera y sexta, el padre de la señora F., que estaba enfermo de cáncer de pulmón, ingresó en un hospital y murió. En este período, dimos mucha importancia al hecho de que el señor F. sirviera de consuelo y apoyo a su esposa. Yo reforzaba positivamente los esfuerzos del señor F., en ese sentido. Fue capaz de ayudar a su esposa en momentos de tristeza y desconsuelo, a pesar del prolongado antagonismo entre él y el padre de su esposa. A su vez, la señora F. respondió con afecto y aprecio ante esta conducta de su marido. Aunque están lejos de ser un matrimonio idílico, el señor y la señora F. mejoraron sensiblemente en el trato mutuo y se encuentran más cerca uno de otro.

Comentarios

Existe una gran confusión sobre las técnicas e ideas básicas que sustentan la práctica más común de la terapéutica familiar. Aunque todos los intentos de explicar por escrito el método de esta terapéutica siempre son difíciles, no soy de los que piensan que "la comunicación vital, en todas las formas de psicoterapia, es intuitiva, sentida, no verbal e inconsciente (7)". Aunque este trabajo no pretenda ser un manual para terapeutas de la familia, sí intenta ser un esbozo preliminar que explique la aplicación de algunos de los principios básicos del aprendizaje imitativo y del condicionamiento operante en las terapéuticas familiar y de la pareja.

Aunque la conceptualización racionalizada de la terapéutica de la familia, tal como la practican los terapeutas de orientación psicoanalítica, difiere del enfoque basado en la teoría del aprendizaje y el análisis de la conducta, si examinamos más de cerca las técnicas usadas en la realidad, veremos que existen algunas similitudes. Por ejemplo, Framo (7), al explicar la teoría que sustenta la terapéutica de la familia, escribe:

> El objetivo general de las fases medias intensivas consiste en comprender y trabajar, a menudo por medio de la transferencia entre los miembros entre sí y el propio terapeuta, las introyecciones de los padres, para que así los padres puedan ver y experimentar cómo las dificultades manifiestas en el sistema familiar actual emergen de sus intentos inconscientes de perpetrar o dominar viejos conflictos que surgieron en la familia de origen... El trabajo auténtico en la terapéutica de la familia consiste esencialmente en reconstruir las vicisitudes de las relaciones objetales más tempranas, y... las transformaciones, tremendamente intrincadas, que han tenido lugar a causa de la mezcla transaccional e intrapsíquica de los nuevos y viejos sistemas familiares de los padres...

A pesar del uso de conceptos psicoanalíticos, Framo describe el proceso real de la terapéutica familiar de forma tal que resulta muy compatible con los presupuestos de la teoría del aprendizaje. También escribe:

> Aquellas técnicas que facilitan la interacción familiar son las más productivas a la larga... Es especialmente útil concentrarse en los sentimientos aquí y ahora; este método normalmente penetra más que los que intentan ocuparse de sentimientos descritos y retrospectivos... Según va aumentando nuestra experiencia en el trabajo con familias, dudamos menos de que es necesario adoptar unas posturas activas y esforzadas para ayudar a la familia a salir de sus rígidas estructuras.

Framo continúa dando ejemplos de su trabajo con familias, en los cuales el terapeuta proporciona reforzamiento diferencial ante las conductas consideradas como más deseables y apropiadas. Al tratar de ciertas madres agresivas e irascibles, dice: "Aprendimos a hacer caso omiso de las acciones que había llevado a cabo (por ejemplo, discusiones cargadas de emotividad) y prestamos más atención a aquellas cosas

que no había conseguido en la vida". Cuando se intenta hacer más activos a padres que son pasivos "el terapeuta ha de hacer todo lo posible por reestructurarlo durante las sesiones... Se han probado varias técnicas: forzar la interacción entre marido y mujer: encargar trabajos; hacer que una terapeuta femenina le dé ánimos de forma halagadora; sesiones individuales ocasionales con el padre." Zuk (23) describe la técnica que él emplea con las familias de tal forma que encaja dentro de un contexto de reforzamiento. Considera como piedra angular de la técnica a la exploración y al intento "de cambiar la relación patógena de la familia, de tal forma que se hagan posibles nuevas formas de relación". Más adelante Zuk apunta que la misión del terapeuta es la de "mediador", y en este papel él emplea su autoridad para "dirigir y estructurar constantemente la situación de tratamiento".

Es necesario señalar que el enfoque conductista no reduce el sistema familiar, ni la interacción entre los miembros de la familia, a unos mecanismos individuales o a un mecanismo dual de reforzamiento. El terapeuta que se ocupa de la familia, dentro de un enfoque conductista, aprecia la riqueza y complejidad de la interacción familiar. Por ejemplo, Bellentine (2) dice:

> ...las conductas que existen dentro de un sistema no son fácilmente modificables si sólo se centra uno en las contingencias existentes entre un subsistema de dos personas, puesto que la conducta de una persona respecto a otra a menudo está determinada por las conductas de las otras partes del sistema respecto a ella... las contingencias de la conducta dentro de una familia son muchas y constituyen una matriz de contingencias múltiples de conducta.

La complejidad de las contingencias dentro de una familia quedaron demostradas en un problema transitorio que surgió en el caso n.º 3. Mientras Edward pasaba cada vez más tiempo fuera de casa, ya que iba ganando independencia, sus padres comenzaron a discutir con más frecuencia y calor. Edward les había servido de amortiguador, tomando partido o sirviendo de válvula de escape para su hostilidad, siendo un "niño problema" que exigía una acción de los padres solidaria y conjunta. Cuando el amortiguador desapareció, la relación entre el marido y la esposa se intensificó y surgieron fricciones. Puesto que los objetivos terapéuticos se centraban en Edward, por el momento, y puesto que, además, los padres parecían lo suficientemente simbióticos como para contener una erupción temporal de hostilidad, el terapeuta se dedicó, ante esta situación, a proteger a Edward, para que no se sintiera culpable o sufriera presiones familiares. El procedimiento dio resultado, y al cabo de algunas semanas los padres ya habían alcanzado un nuevo *modus vivendi* entre ellos, y al mismo tiempo Edward seguía consolidando y aumentando sus progresos.

La terapéutica familiar y de la pareja, considerada desde el punto

de vista del análisis experimental de la conducta, difiere bastante del punto de vista psicoanalítico. El terapeuta se define como un educador en colaboración con la familia; por tanto, no tiene lugar la asignación de etiquetas de "enfermedad" a los miembros de la familia, como suele ocurrir en el modelo médico, encubierta bajo el concepto psicoanalítico de conflicto o enfermedad subyacente. La familia no necesita reconocer públicamente su "debilidad" o irracionalidad, puesto que la introspección intuitiva no se considera, en sí misma, vital.

El enfoque conductista, con sus esquemas más sistemáticos y específicos, reduce la posibilidad de que el terapeuta refuerce o ejemplifique formas de conducta contradictorias. El enfoque conductista, si se aplica de forma consistente, es más eficaz y rápido. Cuando los pacientes no responden a las técnicas de modificación de la conducta, el terapeuta puede emplear su actitud más empírica para preguntarse por la razón de ello, y quizás pueda emplear otra técnica. La orientación es más experimental y "el paciente siempre tiene la razón", de forma que recae sobre el terapeuta la responsabilidad de recurrir a unas intervenciones que sean efectivas. El enfoque psicoanalítico tiende a considerar que los fallos del terapeuta se deben al paciente, que no se adapta a la técnica, en lugar de pensar que es la técnica la que necesita una modificación, a fin de adaptarse a ese paciente particular.

La tarea del terapeuta familiar de orientación conductista no se reduce al aquí y al ahora de las sesiones terapéuticas. Tal como demuestran los casos anteriormente descritos, una parte del esfuerzo requiere la colaboración de otros agentes, tales como escuelas, servicios de rehabilitación, medicación y situaciones de trabajo. Los terapeutas familiares se dirigen cada vez más hacia este sistema global.

Las ventajas de los enfoques conductistas de la terapéutica familiar que hemos expuesto en este trabajo han de ser verificados por medio de una investigación sistemática, la cual ya se está llevando a cabo (5, 10, 15, 22). Se harán muchos trabajos de investigación que tratarán de comprobar que los procesos familiares son "esencialmente secuencias de conducta que pueden clasificarse, especificarse y medirse con un grado notable de validez y precisión" (2). Esperemos que los progresos clínicos y experimentales llevados a cabo por los terapeutas de orientación conductista sirvan de reto a todo tipo de terapeutas, independientemente de sus convicciones teóricas, los cuales especificarán con mayor claridad sus intervenciones, sus objetivos y sus resultados empíricos. Si este reto se acepta con seriedad, el campo de la terapéutica de la conducta mejorará y ganará estatura como modalidad de base científica.

Referencias

1. Alexander, F., 1965. The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. *Internat. J. Psychiat.*, 1, 189-207.

2. Ballentine, R., 1968. The family therapist as a behavioral systems engineer... and a responsible one. Paper read at Georgetown Univ. Symp. on Fam. Psychother. Washington.
3. Bandura, A., and Walters, R., 1963. Social Learning and Personality Development. Holt, Rinehart and Winston, New York.
4. Bandura. A., Grusec, J. y Menlove, F., 1967. Vicarious extinction of avoidance behavior. *Personality and Soc. Psychol.* 5, 16-23.
5. Dunham, R., 1966. Ex post facto reconstruction of condicioning schedules in family interaction. En *Family Structure, Dynamics and Therapy,* Irvin M. Cohen (Ed.), 107-114. Psychiatric Research No. 20, Amer. Psychiat. Assn., Washington.
6. Ferster, C., 1963. Essentials of a science of behavior. En *An Introduction to the Science of Human Behavior,* J. I. Nurnberger, C. B. Ferster y J. P. Brady (Eds.), Appleton-Century-Crofts, New York.
7. Framo, J., 1965. Rationale and techniques of intensive family therapy. En *Intensive Family Therapy,* I. Boszormenyi-Nagy y J. L. Framo (Eds.). Hoeber Medical División, New York.
8. Handel, G. (Ed.), 1967. The Psychosocial Interior of the Family. Aldine, Chicago.
9. Krasner, L., 1962. The therapist as a social reinforcement machine. En *Research in Psychotherapy,* H. Strupp y L. Luborsky (Eds.). Amer. Psychol. Assn., Washington.
10. Lewinsohn, P., Weinstein, M. y Shaw, D., 1969. Depression: A clinical research approach. En *Proceedings, 1968 Conference,* Assn. Advan. Behav. Ther., San Francisco.
11. Liberman, R., 1970. A behavioral approach to group dynamics. *Behav. Ther.*
12. Lovaas, O., *et al.,* 1966. Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. *Science,* 151, 705-707.
13. Marmor, J., 1966. Theories of learning and psychotherapeutic process. *Brit. J. Psychiat.,* 112, 363-366.
14. Patterson G., *et al.,* 1967. Reprogramming the social enviroument. *Child Psychol. and Psychiat.* 8, 181-195.
15. Patterson, G. y Reid, J., 1967. Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. Paper read at 9th Ann. Inst. for Res. in Clin. Psychol. Univ. of Kansas.
16. Reese, E., 1966. The Analysis of Human Operant Behavior. Wm. C. Brown, Dubuque, Iowa.
17. Shapiro, D. y Birk, L., 1967. Group therapy in experimental perspectives. *Internat. J. Group Psychother.,* 17, 211-224.
18. Sherman, J., 1965. Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behavior in mute psychotics. *J. Abnorm. Psychol.* 70, 155-164.
19. Skinner, B., 1953. Science and Human Behavior. Macmillan, New York.
20. Truax, C. y Carkhuff, R., 1967. Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice. Aldine, Chicago.
21. Vogel, E. y Bell, N., 1960. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. En *A Modern Introduction to the Family,* N. W. Bell and E. F. Vogel (Eds.). Free Press, New York.
22. Zeilberger, J. Sampen, S. y Sloane, H., 1968. Modification of a child's problem behaviors in the home with the mother as therapist. *J. Appl. Behav. Anal.* 1, 47-53.
23. Zuk, G., 1967. Family therapy. *Arch. Gen. Psychiat.,* 16, 71-79.

Referencias

Ayllon, T. Intensive Treatment of Psychotic Behavior by Stimulus Satiation and Food Reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 1963, 1, 53-62.

Ayllon, T., Azrin, N. H. *The token economy*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

Bandura, A., *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

Birk, C. L. Combined Aversive Conditioning and Group Psychotherapy for Homosexuals. Unpublished Manuscript, 1969.

Bond, I. K., & Evans, D. R. Avoidance Therapy: Its Use in Two Cases of Underwear Fetishism. *Canadian Medical Association Journal*, 1967, 96, 1160-1162.

Cohen, H., Fillipczak, J., & Bis, J. S. *Case I: An initial study of contingencies applicable to special education*. Silver Spring, Md.: Educational Facility Press, 1967.

Colman, A., & Baker, S. Utilization of an Operant Conditioning Model for the Treatment of Character and Behavior Disorders in a Military Setting. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 125, 1395-1403.

Darwin, C. *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Appleton, 1896.

Ferster, C. B. Essentials o fa Science of Behavior, en *An introduction to the science of human behavior* de Nurnberger, Ferster y Brady. New York: Appleton-Century-Crofts, 1963, pp. 199-345.

Ferster, C. B., & Simons, J. Behavior Therapy with Children. *Psychological Record*, 1966, 16, 65-71.

Freud, S. Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis, en *Collected papers*, Vol. II, p. 342. Londres: Hogarth Press, 1948.

Freud, S. Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria, en *Collected papers*, Vol. III, pp. 13-148. New York: Basic Books, 1959a.

Freud, S. On Psychotherapy, en *Collected papers*, Vol. I, pp. 251-256. New York: Basic Books, 1959b.

Friedman, P. H. The Effects of Modeling and Roleplaying on Assertive Behavior, en R. Rubin (Ed.), *Advances in behavior therapy*, Volumen II. New York: Academic Press, 1970.

Gericke, O. L. Practical Use of Operant Conditioning Procedures in a Mental Hospital, *Psychiatric Studies and Projects*. American Psychiatric Association. Volumen III, No. 5, June 1965.

Goldiamond, I. Fluent and Nonfluent Speech (Stuttering): Analysis and Operant Techniques for Control. En L. Krasner y L. P. Ullmann (Eds.), *Research in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1965. pp. 106-156.

Graubard, P. S., Miller, S. U., & Weisert, H. «Behavior Modification, Group Process and Attitudes of Group Members.» Paper presented to Annual Meeting of American Orthopsychiatric Association, New York, marzo 1969.

Harris, F., Johnston, M., Kelley, S., & Wolf, M. M. Effects of Positive Social Reinforcement on Regressed Crawling of a Nursery School Child. *J. Educational Psychology*, 1964, 55, 35-41.

Heckel, R .B., Wiggins, S. L., & Salzberg, H. C. Conditioning Against Silences in Group Therapy. *J. Clin. Psychol.*, 1962, 18, 216-217.

Heine, R. W. A Comparison of Patients' Reports on Psychotherapeutic Experiences with Psychoanalytic, Nondirective, and Adlerian Therapists. *Amer. J. Psychother.* 1953, 7, 16-23.

Hingtgen, J. N., Coulter, S. K., & Churchill, D. W. Intensive Reinforcement of Imitative Behavior in Mute Autistic Children. Unpublished Manuscript, Indiana University Medical Center, 1967.

Homme, L., *et al. How to use contingency contracting in the classroom.* Champaign, Ill.: Research Press, 1969.

Isaacs, W., Thomas, J., & Goldiamond, I. Application of Operant Conditioning to Reinstate Verbal Behavior in Psychotics. *J. Speech and Hearing Disorders*, 1960, 25, 8-12.

Jacobson, S., Lewinsohn, P. N., & Flippo, J. F. An Application of the Premack Principle to the Verbal Behavior of Depressed Subjects in Advances, en R. Rubin (Ed.), *Behavior Therapy.* New York: Academic Press, 1970.

Jones, M. C. The Elimination of Children's Fears. *J. Exp. Psychol.*, 1924, 7, 383-390.

Lent, J. R. Mimosa Cottage: Experiment in Hope. *Psychology Today*, 1968, 2, 51-58.

Lewinsohn, P. M., Weinstein, M., & Shaw, D. Depression: A Clinical-Research Approach, en R. Rubin (Ed.), *Advances in behavior therapy.* New York: Academic Press, 1969, pp. 231-240.

Liberman, R. P. A View of Behavior Modification Projects in California. *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6, 331-341.

Liberman, R. P. A Behavioral Approach to Group Dynamics. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 141-175 y 312-327.

Liberman, R. P., & Raskin, D. F. Depression: A behavioral formulation. *Arch. General Psychiat.* 1971.

Lovaas, O. I. A Behavior Therapy Approach to the Treatment of Childhood Schizophrenia, en J. P. Hill (Ed.). *Minesota symposium on child psychology.* Volumen I, pp. 108-159. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1967.

Madsen, C. *Teaching discipline.* Boston: Allyn & Bacon, 1970.

Madsen, C. H., Jr., Becker, W. C., & Thomas, D. R. Rules, Praise, and Ignoring: Elements of Elementary Classroom Control. *Journal Applied Behavior Analysis*, 1968, 1, 139-150.

Marks, I. M., Boulongouris, J. C., & Marset, P. «Flooding (Implosion) vs. Desensitization in Phobias.» Scientific Proceedings of Amer. Psychiat. Assn. Annual Meeting, San Francisco, mayo 1970, pp. 241-242.

Marmor, J. Theories of Learning and the Psychotherapeutic Process. *British J. Psychiatry*, 1966, 112, 363 366.

Metz, J. R. Operant Conditioning in Behavior Therapy: Some Illustrations and Reflections. *California Mental Health Research Symposium No.* 2, 1968.

Moser, D. Screams, Slaps and Love. *Life*, mayo 7, 1965, pp. 90A-101.

O'Leary, K. D., Becker, W. C., Evans, M. B., & Saudargas, R. A. A Token Reinforcement Program in a Public School: A Replication and Systematic Analysis. *Journal Applied Behavior Analysis*, 1969, 2, 3-14.

Patterson, G. R., & Gullion, M. E. *Living with children: New methods for parents and teachers.* Champaign, Ill.: Research Press, 1968.
Patterson, G. R., & Reid, J. «Reciprocity and Coercion: Two Facets of Social Systems,» Paper read at the Ninth Annual Institute for Research in Clinical Psychology, University of Kansas, abril, 1967.
Premack, D. Toward Empirical Behavior Laws: I. Positive Reinforcement. *Journal of Psychological Review,* 1959, 23, 219-233.
Raymond, J. J. The Treatment of Addiction by Aversion Conditioning with Apomorphine. *Behav. Res. and Therapy,* 1964, 1, 287-291.
Reich, W. *Character analysis.* New York: Noonday Press, Farrer, Straus & Giroux, 1949.
Rogers, C. Some Issues Concerning the Control of Human Behavior: A Symposium. *Science,* 1956, 124, 1057-1066.
Rosenthal, D. Changes in Some Moral Values Following Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology,* 1955, 19, 431-436.
Schaefer, H., & Martin, P. *Behavioral therapy,* New York: McGraw-Hill, 1969.
Schwitzgebel, R. *Street corner research.* Cambridge: Harvard Univ. Press, 1966.
Shelton, J. T. «The Use of Operant Conditioning With Disturbed Adolescent, Retarded Boys». Paper delivered at Twentieth Mental Hospital Institute, Washington, D. C., 1968.
Skinner, B. F. *Science and human behavior.* New York: Macmillan, 1953.
Smith, J. M., & Smith, D. E. P. *Child management: A program for parents.* Ann Arbor, Mich.: Ann Arbor Publishers, 1966.
Stampfl, T. G., & Levis, D. J. Implosive Therapy—A Behavioral Therapy? *Behavior, Research and Therapy,* 1968, 6, 31-36.
Storrow, H. A., & Spanner, M. Does Psychotherapy Change Patient's Attitudes? *J. Nervous Mental Disease,* 1962, 134, 440.
Sylvester, J. D., & Liversedge, L. A. Conditioning and the Occupational Cramps, en H. J. Eysenck (Ed.), *Behavior therapy and the neuroses.* Oxford: Pergamon Press, 1960, pp. 334-348.
Thomas, D. R., Becker, W. C., & Armstrong, M. Production and Elimination of Disruptive Classroom Behavior by Systematically Varying Teacher's Behavior. *Journal Applied Behavioral Analysis,* 1968, 1, 35-45.
Ullmann, L., & Krasner, L. (Eds.), *Case Studies in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1965.
Walder, L. O. «Teaching Parents to Modify the Behaviors of Their Autistic Children». Paper readt at American Psychological Association, New York, septiembre 1966.
Walton, D. The Application of Learning Theory to the Treatment of a Case of Neurodermatitis, en H. J. Eysenck (Ed.), *Behavior Therapy and the Neuroses.* New York: Pergamon Press, 1960, pp. 272-274.
Williams, C. D. The Elimination of Tantrum Behavior by Extinction Procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1959, 59, 269.
Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford: Stanford University Press, 1958.
Wolpe, J. *The practice of behavior therapy.* New York: Pergamon Press, 1969.
Wolpe, J., & Lazarus, A. A. *Behavior therapy techniques.* New York: Pergamon Press, 1966.

Bibliografía seleccionada y comentada sobre modificación de la conducta

Preparada por:
Daniel G. Brown, Doctor en Filosofía
Médico consultor de Salud Mental
"National Institute of Mental Health"
Southeast Regional Office
Atlanta, Georgia 30323

Esta bibliografía se ocupa fundamentalmente de las aplicaciones que el análisis y la modificación de la conducta, el condicionamiento operante y la terapéutica de la conducta, tienen en una amplia gama de situaciones humanas y en los problemas de la salud mental. Su propósito es proporcionar una lista básica de referencias, de particular interés y valor para la salud mental y para las personas relacionadas con la salud mental, que trabajan en gran cantidad de situaciones institucionales, sociales, escólares y clínicas.

Atthowe, J. M., Jr. y Krasner, L. A. Preliminary Report on the Application of Contingent Reinforcement Procedures (Token Economy) on a «Chronic» Psychiatric Ward. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 37-43

Informe sobre un estudio, de dos años de duración, que se llevó a cabo en un ala cerrada del Hospital *Veterans Administration*, con 86 camas. Estuvieron implicados esquizofrénicos crónicos y pacientes con lesiones cerebrales. El proyecto incluía un programa de fichas y condicionamiento operante. El programa de fichas dio muy buenos resultados al combatir el hospitalismo y aumentar las iniciativas, la responsabilidad y la interacción social entre los pacientes. Se llegó a la conclusión de que este enfoque sería un complemento importante de cualquier intento de rehabilitar a pacientes crónicos o apáticos.

Ayllon, T. y Azrin, N. H. *Token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton - Century - Crofts, 1969.

Resumen y comentarios sobre diversos proyectos de investigación referentes a la aplicación de procedimientos operantes o pacientes de hospitales mentales. Se basa en el trabajo pionero de los autores con pacientes hospitalizados durante los últimos 10 años e incluye una relación de los procedimientos relacionados con los sistemas de fichas usados con los pacientes. 116 referencias.

Bandura, A. «Behavioral Psychotherapy»: *Scientific American*. Marzo 1967, 216, 78-86.

Presenta una exposición breve y relativamente poco técnica de los principios teóricos de la modificación de conducta, así como de los distintos enfoques de la terapéutica de la conducta y de las técnicas de imitación aplicadas a casos de tartamudeo, esquizofrenia infantil, conducta hiperactiva, miedos y fobias, delincuencia... etcétera.

Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.

Expone los últimos progresos en modificación de la conducta atendiendo a los principios, la teoría, la investigación y las aplicaciones. Comenta extensamente el reforzamiento positivo y negativo, la extinción, la desensibilización, y el contracondicionamiento aversivo. Esta obra hace hincapié sobre los procesos de modelado y automediadores de carácter cognitivo. En términos de cambios de conducta se analizan los controles simbólicos, la conciencia consciente e inconsciente, las actitudes, las funciones autorreguladoras, etc.

Becker, W. C., Thomas, D. R. y Carnier, «Aplications of Operant Conditioning Principles in Reducing Behavior Problems in the Elementary School: A State of the Art Review for Teachers». Galeradas, 1969. (Se puede conseguir por medio del Dr. Wesley C. Becker, Bureau of Educational Research, Universidad de Illinois, Education Building, Urbana, Illinois 61801.)

Este trabajo se escribió pensando fundamentalmente en maestros y demás adultos que trabajan con niños en situaciones de grupo. Resume una gran cantidad de trabajos recientes referentes al uso de la modificación de la conducta para disminuir los problemas de disciplina y otras conductas anómalas y aumentar las conductas deseables en los niños. Quedan claramente definidos los conceptos, principios y procedimientos del aprendizaje operante mediante reforzamiento, que se exponen en términos de su aplicación a los niños de edad preescolar y escolar.

Bernal, M. E. «Behavioral Feedback in the Modification of Brat Behaviors» *J. Nerv. Mental Disease*. 1969, 148, 375-385.

Un programa de investigación aplicada que demuestra el modo de emplear los principios del aprendizaje operante y el «feedback», vía televisión, para enseñar a las madres a dirigir a sus hijos. Se presentan dos programas confeccionados «ex profeso» para dos muchachitos de 5 y 8 años de edad. Se hicieron siete sesiones de instrucción, en las cuales se fue modelando la conducta manipulativa de las madres. Según las notas que las madres fueron tomando en casa a diario, los dos niños mejoraron sensiblemente en 25 semanas, respecto al punto en que estaban cuando tuvo lugar el primer contacto.

Bricker, W. A. «Introduction to Behavior Modification». Peabody papers in Human Development, 1968. (Puede obtenerse a través del Dr. William A. Bricker, Department of Psychology, George Peabody College for Teachers, Nashville, Tennessee 37203.)

Se ocupa de los principios más importantes de la modificación de la conducta y los relaciona con un cierto número de niños y adultos que tenían diversos problemas de conducta que fueron tratados con buenos resultados.

Brown, D. G. «Behavior Modification with children», Pre-publicación, 1969. (Puede obtenerse a través del Dr. Daniel G. Brown. N. I. M. H. Regional Office, Room 404, 50 Seventh Street, N. E. Atlanta, Georgia 30323.)

Breve repaso a los progresos de la modificación de la conducta, especialmente en lo que concierne a niños y jóvenes, incluyendo sus ventajas, conceptos básicos y procedimientos, aplicaciones a diversas conductas problemáticas, críticas y resistencias a la modificación de la conducta, y otras aplicaciones.

Burchard, J. & Tayler, V., Jr. «The Modification of Delinquent Behavior throuhg Operant Conditioning», *Behaviour Research and Therapy*. 1965, 2, 245-250.

Un caso de un varón de 13 años, delincuente, que respondió al tratamiento de condicionamiento operante con la disminución de la conducta antisocial y de la gravedad de los delitos; el enfoque operante empleado durante un período de 5 meses fue más eficaz que la psicoterapia empleada durante los cuatro años anteriores a su internamiento.

Clos, M. C. «Behavior Modification Treatment in a Day Hospital». Trabajo presentado en la convención anual de la Asociación Americana de Psicología (APA), Washington D.C. 1967. (Puede obtenerse a través de Marjorie C. Clos, Caro State Hospital, Caro, Michigan 48723).

Describe el uso y aplicación provechosa de la modificación de la conducta en un programa diurno del New Orleans Regional Mental Health Center. Como ejemplo de la eficacia del enfoque conductista en un centro ambulatorio, se presenta el caso de una joven, de 20 años, esquizofrénica.

Eysenck, H. J. «New Ways in Psychotherapy». *Psychology Today*, 1, No 2, Junio 1967, 39-47.

El autor repite su ya conocida crítica a las formas tradicionales de psicoterapia y después revisa los fundamentos y principios de la terapéutica de la conducta, incluyendo el condicionamiento clásico, la inhibición recíproca y la desensibilización, las máquinas de tratamiento, el condicionamiento operante, etc.

Franks, C. M. (Ed.) *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969.

Es una revisión actualizada, sistemática y comprensiva de este campo. Se ocupa de sus aspectos técnicos, filosóficos, de las implicaciones sociales y bases experimentales. Presenta un magnífico análisis de la desensibilización sistemática, la terapéutica de la conducta con niños, el condicionamiento verbal y el diagnóstico de la conducta.

Gelfand, D. M., Gelfand, S., y Dobson, W. R. «Unprogrammed Reinforcement of Patients Behavior in a Mental Hospital». *Behavior Research and Therapy*, 1967, 5, 201-207.

Análisis de los reforzamientos que los pacientes psicóticos reciben de modo característico en los hospitales mentales. Se refuerzan inconsistentemente conductas psicóticas y sociales, con lo que se da el caso de que ciertas conductas gravemente psicóticas quedan muy reforzadas de forma inapropiada. Se trata el tema de las implicaciones de la preparación del personal del hospital, en concreto de las enfermeras.

Hall, R. V., Lund D. y Jackson, D. «Effects of Teacher Attention on Study Behavior». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, 1, 1-12.

Se investigó el efecto que la atención contingente del profesor ejerce sobre la conducta de estudio. Se registraron los niveles de estudio de un alumno de primer grado y cinco de tercer grado, que demostraron conductas perturbadoras y perezosas muy frecuentes. Un período de reforzamiento (en el que la atención seguía a las conductas de estudio y las conductas de no estudio fueron ignoradas) dio como resultado el aumento, muy rápido, del nivel de estudio. Cuando se invirtió brevemente la contingencia (se prestó atención a las conductas de no estudio) de nuevo se produjeron niveles bajos de estudio. La reinstauración de la atención del profesor como reforzamiento para el estudio, una vez más aumentó considerablemente la conducta de estudio. Las observaciones pos-

Jacobson, J. M., Bushell, D. Jr. y Risley, T. «Switching Requirements in a Head Start Classroom». *Journal of Applied Behav. Ana.*, 1969, 2, 43-47.

En una clase, dos madres sirvieron como experimentadoras en dos trabajos dirigidos por ellas. Las dos estudiaron los efectos que la introducción de una «tarea obligatoria para cambiar» tenía sobre la frecuencia con que los niños cambiaban de un área de actividad a otra. Los resultados indicaron que la frecuencia con que los niños cambiaban de actividades podía modificarse haciendo variar la dificultad o la magnitud de la «tarea obligatoria para cambiar», y que esta misma tarea podía usarse para presentar temas de las asignaturas, a los que se hubiera prestado poca atención y asistencia si se hubieran presentado inicialmente en un área de actividad normal.

Krasner, L. y Ullmann, L. P. (Editores), *Research in Behavior Modification*. New York: Holt Rinehart & Winston, 1965.

15 artículos originales que: 1) repasan las áreas fundamentales de investigación, dentro de la modificación de la conducta; 2) se centran en la aplicación de los hallazgos experimentales a la modificación de una serie de conductas clínicas, y 3) se refieren a futuras posibilidades, de interés para todas las disciplinas en relación con la salud mental. 645 referencias.

Krumboltz, J. D. (Editor). *Revolution in Counseling: Implications of Behavioral science*. New York: Houghton Mifflin, 1966.

Este pequeño volumen, de apenas 100 páginas, recoge los trabajos presentados por Krumboltz, Bijou, Shoben, McDaniel y Wrenn, en una serie de conferencias habidas en la universidad de Standford, en 1965. El término «revolución» se refiere al uso sistemático del conductismo y, más en concreto, al condicionamiento operante en el proceso de aconsejamiento. También se tratan temas como el aprendizaje imitativo, el cognitivo y el condicionamiento emocional clásico.

Krumboltz, J. D. y Thoresen, C. E. *Behavioral counseling*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.

Este libro describe 43 técnicas, muy prometedoras, de aconsejamiento que han demostrado ser útiles para los clientes. Cada técnica se describe con suficientes detalles como para que otro profesional de la orientación psicológica y aconsejamiento, pueda repetir el tratamiento, después de haber leído lo expuesto sobre el mismo. Se da gran importancia a los métodos que implican reforzamiento, imitación social, y aprendizaje cognitivo.

Layton M. M. «Behavior Therapy and its Implications for Psychiatric Nursing». *Perspectives in Psychiatric Care*, 1966, 4, 38-53.

Presenta la historia, la situación y estatus actual y los principios básicos de la terapéutica de la conducta, tanto en su enfoque pavloviano como en el enfoque dado por el condicionamiento operante. Aunque se dirige principalmente a las enfermeras, su contenido puede ser interesante para otras personas que trabajan en el campo de la salud mental. También puede consultarse el artículo de D. G.

en los que se empleó con eficacia el análisis de la conducta. La clave de una buena terapéutica familiar o de la pareja, sea cual sea el supuesto teórico de los terapeutas, reside en los cambios producidos en las consecuencias interpersonales de la conducta de los miembros.

Liberman, R. «A Behavioral Approach to Group Dynamics». *Behavior Therapy*, 1970, 1, 141-175 y 312-327.

Dos grupos terapéuticos, formados por pacientes ambulantes, no psicóticos, fueron comparados en función del proceso y los resultados. Uno de los grupos estaba dirigido por un terapeuta que había «programado» reforzar y apoyar la cohesión del grupo y la hostilidad hacia el líder, el otro grupo era dirigido de forma intuitiva y dinámica. El grupo experimental mostraba mayor cohesión y más cambios en la personalidad orientados en la dirección deseada y también una mejoría más rápida de la sintomatología que el grupo de control. En ambos grupos resultó evidente que el terapeuta era un reforzador social en las conductas dinámicas de grupo.

Lindsley, O. R. «An Experiment with Parents Handling Behavior at Home». *Johnstone Bulletin*, 1966, 9, 27-36. (Johnstone Training Center, Bordentown, New Jersey).

El autor relata algunos de sus trabajos con padres de niños retrasados que han empleado eficazmente la modificación de conducta en sus casas. Se refiere a los procedimientos usados, entre los que se incluyen «La caja de los domingos» y «La tienda de puntos». También puede consultarse el trabajo del autor, anterior a esta publicación, «Operant Behavior Management: Background and Procedures», el cual se ocupa del condicionamiento pavloviano y operante y esboza los pasos básicos de la modoficación de la conducta: señalar registrar, suministrar contingencias e intentar de nuevo. (Puede conseguirse a través del doctor O. R. Lindsley, Bureau of Child Research, University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas 66103.)

Lovaas, O. I. «A Behavior Therapy Approach to the Treatment of Childhood Schizophrenia». Edita: J. P. Hill, *Minnesota symposia on child psychology*. Vol. 1. Minneapolis, University of Minnesota Press. 1967.

El autor resume su trabajo con niños gravemente psicóticos, en los que ha empleado modificación de la conducta, poniendo especial énfasis en el desarrollo del lenguaje. Se ocupa de los fundamentos, desarrollo anterior y conceptualización básica de la teoría y terapéutica del aprendizaje y el reforzamiento.

Madsen, C. H. Jr. y Madsen C. K. *Teaching discipline behavioral principles toward a positive approach*. Boston: Allyn & Bacon, 1970.

Un pequeño volumen, de 139 páginas, «especialmente escrito para el profesor en funciones y los futuros profesores... como una guía para el uso de los principios de la conducta». Presenta una serie de 20 preguntas y respuestas (por ejemplo: ¿Qué es la modificación de la conducta? ¿Por qué los estudiantes no apren-

programado, que combine el reforzamiento y la enseñanza individualizada, puede dar extraordinarios resultados, especialmente en el caso de «ese amplio grupo de niños que no han aprendido el valor que tiene el aprender».

O'Leary, K. D., O'Leary S. y Becker, W. C. «Modification of a Deviant Sibling Interaction Pattern in the Home». *Behavior Research and Therapy*, 1967, 5, 113-120.

Informe sobre el uso eficaz del reforzamiento con fichas en el caso de un niño de 6 años y su hermanito de 3, quienes, con alta frecuencia, presentaban ciertas variedades de conductas no adaptadas, tales como dar patadas, golpes, tirarse objetos y algunos otros actos destructivos. Además de las fichas, se empleó también el procedimiento de la indiferencia *(time out)*. El programa se llevó a cabo en la casa, y la madre, a lo largo de algunos meses, fue aprendiendo a actuar ella misma como terapeuta.

Patterson G. R. y Bodsky, G. A. «Behavior Modification Programme for a Child». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1966, 7, 277-295.

La manipulación de las contingencias de reforzamiento tiene un impacto significativo sobre la conducta. El modificador de la conducta debiera ocuparse fundamentalmente de manipular directamente el reforzamiento que proporciona el entorno social, más que de la conducta de las personas.

Patterson, G. R. y Guillon, M. E. *Living with children: New methods for parents and teachers*, Champaign, Ill.: Research Press (Box 2459, Station A), 1968.

Está escrito a modo de guía práctica y manual programado, y trata de ayudar a los padres y maestros a comprender y modificar diversas conductas de los niños. Algunos de los capítulos tratan de la forma en que hay que usar la modificación de la conducta con niños que son: 1) demasiado agresivos, 2) demasiado negativistas, 3) hiperactivos, 4) dependientes en exceso, 5) miedosos y 6) retraídos. Estos temas se basan en la gran experiencia de los autores en investigación aplicada sobre padres y maestros.

Patterson, G. R., McNeal, S., Hawkins, N. y Phelps, R. «Reprogramming the Social Environment». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 181-195.

Se presenta la hipótesis de que el modificador de la conducta debiera concentrar sus esfuerzos en alterar el entorno social en que el niño vive, y no centrarse, directamente, en el niño inadaptado en sí mismo. Dados estos presupuestos, las alteraciones en los programas de reforzamiento usados por los padres o los compañeros, producirán cambios en la conducta del niño.

Patterson, G. R., Ray, R. S. y Shaw, D. A. «Direct Intervention in Families of Deviant Children». *Oregon Research Institute Bulletin*, Vol. 8, número 9, 1968. (Puede obtenerse a través de los mismos autores en la ORI, Eugene Oregon.)

ducta, procedimientos y técnicas, y el programa de modificación de conducta del Hospital Patton State de California, dirección de pabellones de hospitales, modificaciones de conductas específicas, tales como alucinaciones, mutismo, lenguaje psicótico, actos manipulativos, conductas violentas, procesos corporales trastornados, etcétera, aplicación a retrasados, niños psicóticos y pacientes geriátricos.

Schmidt, G. W. y Ulrich, R. E. «Effects of Group Contingent Events upon Classroom Noise». *Journal of Applied Behav. Anal.*, 1969, 2, 171-179.

Este es el primer estudio que se lleva a cabo sobre un procedimiento de control de grupo para la supresión de sonidos de excesiva intensidad en una clase de una escuela pública normal. Los reforzamientos consistían en dos minutos más de clase de gimnasia y otros dos minutos de «premio» (en los que no se mantiene la disciplina de clase) cada vez que se mantiene un período de 10 minutos sin sobrepasar el nivel de ruido que mide un decibelómetro. Las transgresiones del límite de sonido establecido (42 decibelios) tenían como resultado que se retrasaba el reforzamiento, hasta que se conseguía un período completo de 10 minutos «silenciosos». Los resultados indican que este procedimiento es muy eficaz para mantener, suprimir y controlar la intensidad del sonido. El segundo experimento emplea un procedimiento similar al anterior, pero además se elimina la conducta «fuera del sitio». El experimento tercero estudia los efectos del anterior sobre el nivel de conducta de «fuera del sitio» de un solo estudiante. Todos los procedimientos resultaron eficaces.

Skinner, B. F. *Science and human behavior*, New York: Macmillan 1953. (Existe traducción al castellano. *Editorial Fontanella*. Colección «Conducta Humana».)

Uno de los primeros intentos de demostrar que los principios del aprendizaje y de la conducta pueden explicar la conducta humana en una serie de contextos. El libro se divide en dos partes, una de las cuales presenta el análisis experimental de la conducta y otra describe de qué forma es posible que este análisis amplíe nuestra comprensión de la emoción, el autocontrol, el pensamiento, los grupos, el gobierno y la ley, la religión, la psicoterapia, la educación y la economía. El libro está escrito de forma asequible y no es necesaria ninguna preparación psicológica, para su lectura.

Skinner, B. F. «Operant Behavior». *American Psychologist*, 1963, 18, 503-515.

Algunos de los famosos conductistas contemporáneos abordan algunos de los aspectos técnicos, teóricos y metodológicos del condicionamiento operante; se presta especial interés a las contingencias de reforzamiento como base explicativa de gran parte de las conductas de los organismos.

Smith, J. M. y Smith D. E. P. *Child management: A program for parents*. Ann Arbor, Mich.: Ann Arbor Publishers (610 So. Forest St.), 1966.

Un manual para padres, maestros y otras personas que traten con niños. Aunque se basa en los principios del condicionamiento

las conductas anormales es respetada en este libro (por ejemplo: las neurosis, psicosis, trastornos sociopáticos, reacciones psicofisiológicas, inadaptaciones de personalidad, desviaciones sexuales, adiciones, trastornos de conducta infantiles, retraso mental, etc.), sin embargo, todos estos trastornos son analizados e interpretados y su modificación es expuesta estrictamente en términos de un modelo de la conducta, del condicionamiento clásico y operante, de la modificación y terapéutica de la conducta y otros procedimientos y conceptos relacionados con los anteriores. Presenta unas 1.450 referencias aproximadamente.

Ulrich, R., Stachnik, T y Mabry, J. (Eds.) *Control of human behavior.* Glenview, Ill., Scott, Foresman, vol. I, 1966; vol. II, 1969. (Versión castellana: Ed. Trillas.)

Es una colección de artículos que se ocupan, de forma general y específica, de la modificación de la conducta humana. Está destinado a un amplio grupo de lectores e intenta ser lo suficientemente flexible como para ser usado en diversas situaciones y niveles en el aprendizaje de las ciencias de la conducta y de la salud mental. Los principales temas tratados se agrupan alrededor de: 1) El análisis científico de la conducta; 2) aplicaciones de la modificación de la conducta a situaciones educativas, relaciones sociales y a conductas perturbadas y gravemente perturbadas; 3) errores en la interpretación y control de la conducta, y 4) implicaciones y perspectivas futuras de la modificación de la conducta.

Ulrich, R., Wolfe, M. y Bluhm, M. «Operant Conditioning in the Public Schools», publicado en la revista: *Educational technology monographs,* I, n.° 1, 1968. Puede conseguirse a través del Dr. Roger Ulrich, Department of Psychology, Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan 49001.)

Trata de ayudar a los maestros a desempeñar una función de «expertos», cuando se ocupen de problemas de conducta de niños de enseñanza primaria, que normalmente serían enviados a otras personas ajenas a la escuela, y que les pondrían en tratamiento a causa de sus conductas inadaptadas, destructivas y otras conductas anómalas. Describe pogramas de preparación para los maestros, mediante los cuales aprenderán a usar las técnicas de modificación de la conducta y hace referencia a las objeciones y resistencias iniciales que los maestros suelen expresar ante el uso de tales técnicas. También describe aplicaciones posibles a grupos en edad preescolar, entre los dos y los cuatro años, en los que los niños aprenden las conductas y habilidades básicas de la lectura, escritura y matemáticas.

Valett, R. E. *Modifying children's behavior: A guide for parents and professional.* 2165 Park Boulevard, Palo Alto, Calif. Fearon Publishers, 1969.

Este manual se escribió para ayudar a los padres a tratar los problemas de sus hijos. Se presentan una gran variedad de problemas junto con sus soluciones posibles y ciertas aplicaciones de los principios del análisis de la conducta. Puede ser usado por los propios padres; sirve también para el aconsejamiento individual

Ward, M. H. y Baker, B. L. «Reinforcement Therapy in the Classroom». *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1968, 1, 323-328.

Varios maestros fueron debidamente preparados para que hicieran un uso sistemático de la atención y la alabanza a fin de reducir las conductas «molestas» en una clase de primer grado. Trabajaron con cuatro niños. Las medidas obtenidas mediante observación, mostraron una mejoría significativa después del tratamiento, en comparación con la línea basal y no se advirtieron cambios importantes en los controles de la misma clase. Mientras la atención del maestro se mantuvo igual desde la línea basal hasta el tratamiento, la proporción de atención que los niños en cuestión prestaban a las tareas importantes, aumentó. Se administraron unos tests psicológicos, que demostraron que los niños no habían sufrido cambios adversos después del tratamiento.

Wasik, B. H., Senn, K., Welch, R. H. y Cooper, B. A. «Behavior Modification with Culturally Deprived School Children: Two Cases Studies». *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1969, 2, 181-194.

Dos niñas negras fueron tratadas con técnicas de modificación de la conducta, en una escuela experimental para niños culturalmente pobres. Se intentaba aumentar las conductas apropiadas en clase. Se usó un código con categorizaciones continuas, que permitía en cualquier momento clasificar las conductas de las niñas en dos situaciones escolares. También se recogieron datos sobre el tipo, frecuencia y duración de las interacciones verbales de los profesores. El estudio consistía en cuatro etapas: Nivel Basal, Modificación I, Postmodificación, Modificación II. La variable del tratamiento era el reforzamiento social positivo: atención y aprobación, contingentes a las conductas deseadas en la clase. El reforzamiento se presentaba, se detenía o se alejaba (períodos de tiempo sin reforzamiento social, «*time-out*»). La detención del reforzamiento se producía de forma contingente respecto a conductas inadecuadas que llamaban la atención. El alejamiento del reforzamiento se producía de forma contingente a conductas clasificadas como agresivas y de resistencia. A los 25 días de Modificación I, la conducta deseada había aumentado considerablemente en cada niña. Entonces se pidió a los profesores que volvieran a actuar como lo hacían en el período de Nivel Basal.

Werry, J. S. y Wollersheim, J. P. «Behavior Therapy with Children: A Broad Overview». En el anuario editado por S. Chess y A. Thomas, *Annual progress in child psychiatry and child development.* New York: Brunner-Mazel, 1968, capítulo 23, pp. 356-378.

Compara la terapéutica de la conducta con enfoques tradicionales, esboza en esquema los principios y técnicas básicos de la terapéutica de la conducta y presenta algunas de las aplicaciones posibles a una gran variedad de trastornos infantiles.

Wolf, M., Risley, T., Johnston, M., Harris, F. y Allen, E. «Application of Operant Conditioning Procedures to the Behavior Problems of an Autistic Child: A Follow-up and Extension». *Behavior Therapy and Research,* 1967, 5, 103-111.

REVISTAS

A continuación se citan algunas revistas dedicadas fundamentalmente a la publicación de investigaciones, aplicaciones y comentarios de temas relacionados con el análisis de la conducta y su modificación:

Behavior Modification Monographs
Publicación nueva, normalmente puede conseguirse bajo el nombre de «Educational Technology Monographs», Box 1066
Kalamazoo, Michigan 49001

Behavior Therapy
Revista de la «Association for Advancement of Behavior Therapy»
Academic Press
111 Fifth Avenue
New York, N. Y. 10003

Behaviour Research and Therapy
Pergamon Press
Maxwell House, Fairview Park
Elmsford, New York 10523.

Journal of Applied Behavior Analysis
Department of Human Development
University of Kansas
Lawrence, Kansas 66044

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry
Pergamon Press
Maxwell House, Fairview Park
Elmsford, New York 10523

School Applications of Learning Theory
Kalamazoo Valley Intermediate School District
Box 2025
Kalamazoo, Michigan 49003

Índice

Prólogo ... IX
Sobre el autor ... XIII
Introducción ... XV
Agradecimiento ... XIX
Nota ... XXI

PRIMERA PARTE: PRINCIPIOS BASICOS DE LA CONDUCTA

I. Cómo pensar en términos de conducta acerca de los problemas psiquiátricos ... 3
II. Determinantes ambientales de la conducta ... 43
III. Reforzamiento: positivo y negativo ... 55
IV. Modelado de la conducta por aproximaciones sucesivas. 69
V. Extinción y saciedad ... 87
VI. Castigo y condicionamiento aversivo ... 99
VII. Generalización y discriminación ... 111
VIII. Aprendizaje imitativo ... 123

SEGUNDA PARTE: LA TERAPÉUTICA DE LA CONDUCTA EN LA PRACTICA

IX. Terapéutica de la conducta en neuróticos: Desensibilización sistemática ... 137
X. Terapéutica de la conducta con neuróticos: Adiestramiento asertivo ... 157
XI. La psicoterapia verbal tradicional como terapéutica de la conducta ... 171